

2022-1

Janssen Report



Die mentale und
psychische Gesundheit

In dieser Ausgabe:

Michael Bach

Gerald Bachinger

Holger Bartz

Andrea Braga

Anja Diem

Andrea Kdolsky

Ramez Mohsen-Fawzi

Alexander Müller-Vonderlind

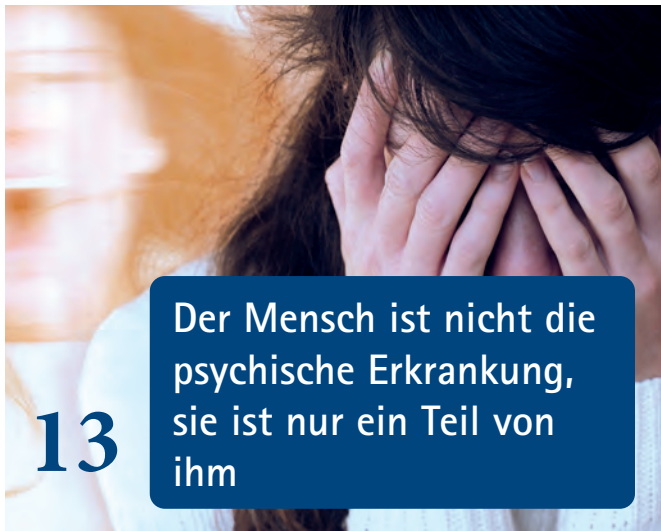
Michael Musalek

Christa Rados

Cyril Titeux

Michaela Wambacher

Inhalt



Impressum

Für den Inhalt verantwortlich Janssen-Cilag Pharma GmbH Vorgartenstraße 206B, 1020 Wien, Telefon: +43 1 610 30 – 0, Fax: +43 1 616 12 41

Freigabegummer

AT_EM-113802_19OCT2022

Gestaltung

Goldegg Verlag Wien & Berlin, www.goldegg-verlag.com

Anmerkungen/Disclaimer

Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des Autors oder Interviewten wieder, diese muss nicht mit der Meinung von Janssen übereinstimmen. Aufgrund der besseren Lesbarkeit wird in den Texten und Beiträgen der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

Bildquellen

Coverbild: © iStockPhoto/Tharakorn, Seite 4: © iStockPhoto/Natali_Mis, Seite 8: © iStockPhoto/<http://www.fotogestoeber.de>, Seite 10: © iStockPhoto/nortonrsx, Seite 14: © iStockPhoto/Tunatura, Seite 19: © iStockPhoto/Lisa Vlasenko, Seite 22: © iStockPhoto/<http://www.fotogestoeber.de>, Seite 24: © iStockPhoto/AndreyPopov, Seite 30: © iStockPhoto/sengchoy, Seite 33: © iStockPhoto/Bulat Silvia, Seite 38: © iStockPhoto/anilakus, Seite 40: © iStockPhoto/PeopleImages, Seite 45: © iStockPhoto/Natali_Mis. Die Bildquellen der AutorInnen-Fotos sind jeweils beim Bild vermerkt.



- | | |
|--|---|
| <p>4 Einführung</p> <p>6 Die psychische und mentale Gesundheit in Österreich und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitssystem</p> <p>8 Statement</p> <p>9 Psychische Erkrankungen dürfen kein Tabuthema sein</p> <p>13 Der Mensch ist nicht die psychische Erkrankung, sie ist nur ein Teil von ihm</p> <p>16 Wir müssen uns nur die Chance geben, das Schöne auch wirklich zu erleben</p> <p>21 Der Mensch ist mehr als die Summe seiner Einzelteile</p> | <p>26 Wir werden immer stärker von den Medien und einer Gesellschaft, die wir nicht mehr greifen können, in eine Richtung gedrängt</p> <p>29 Wir brauchen dringend mehr Fachärzte</p> <p>34 Depression – eine komplexe Krankheit</p> <p>37 Orale Antidepressiva sind Marktführer</p> <p>39 Der Aspekt der Traumafolgesymptome wird noch zu wenig beachtet</p> <p>42 Die Lage von Menschen mit seltenen Erkrankungen ist in vielerlei Hinsicht schwer</p> <p>45 Die Rechte der Patienten stehen immer an erster Stelle</p> |
|--|---|



Einführung

Christian Marihart und Wolfgang Salar

Sehr geehrte Damen und Herren, Sehr geehrte ExpertInnen und Experten!

Als Janssen Cilag im Jahr 2019 den Titel „Die mentale und psychische Gesundheit der Österreichischen Bevölkerung und die Auswirkungen auf die Gesellschaft und das Gesundheitssystem“ für das jüngste Janssen-Forum wählte, da war von Corona noch lange keine Rede. Doch die Pandemie hat diesem Thema neue und weitreichende Dimensionen verliehen. So wurden nicht nur die Belastungen durch die Maßnahmen, die zur Eindämmung der Pandemie getroffen wurden, wie Lockdown oder die Einschränkung sozialer Kontakte, überdeutlich sichtbar, sondern auch die Stärken und Schwächen der Versorgung der aus diesen Belastungen resultierenden psychischen Erkrankungen durch das österreichische Gesundheitssystem.

Janssen ist bereits seit seiner Gründung in diesem Bereich tätig und ist sich der Wichtigkeit der Erforschung psychischer Krankheiten und darauf abgestimmten Medikamenten zur Behandlung besondere Bedeutung bewusst. Denn Depressionen, Angststörungen oder Bulimie, um nur die bekanntesten Beispiele zu nennen, verhindern, dass Menschen ein normales, sozial ausgefülltes Leben führen können. Mit den Folgen kämpft aber nicht nur die betroffene Person, sondern die gesamte Gesellschaft und mit ihr das Gesundheitssystem.

Da dieses Thema so umfassend ist und gerade durch die Corona-Pandemie deutlich in den Vordergrund gerückt ist, konnten wir nicht nur ein, sondern gleich mehrere Foren mit

Key-Speakern und Teilnehmern aus unterschiedlichen Fachbereichen veranstalten. In einem Punkt waren sich alle einig: Die Pandemie hat viele Probleme aufgezeigt, die bisher wenig beachtet oder in den Hintergrund gedrängt worden sind. Und dass sich Gesellschaft, Medizin, Forschung, Ethik und Gesetzgebung in Zukunft vermehrt dem Thema mentale und psychische Gesundheit widmen müssen, ist unabdingbar. Denn wie sich Isolation, Einschränkung der persönlichen Freiheit und Selbstbestimmung und besonders die Angst vor einem kaum einschätzbaren, unsichtbaren Feind mittel- und langfristig auswirken, ist noch nicht abzusehen. Menschen, die schon jetzt aufgrund einer mentalen oder psychischen Erkrankung besondere Bedürfnisse haben, dürfen keinesfalls aus dem Fokus gerückt werden, nur weil sie keine körperlichen Beschwerden haben.

Denn Geist, Seele und Körper sind eine Einheit und jede Störung eines Bereiches betrifft nicht nur die beiden anderen, sondern in weiterem Sinn die Gesellschaft. Und nur wenn auch in Zeiten der Pandemie Rücksicht auf alle drei Aspekte der Gesundheit Rücksicht genommen wird, können die Menschen „ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten“, wie die WHO feststellt. „Die psychische Gesundheit sollte als eine wertvolle Quelle von Humankapital oder Wohlbefinden in der Gesellschaft betrachtet werden. Wir alle brauchen gute psychische Gesundheit, um zu gedeihen, um uns selbst zu kümmern und mit anderen zu interagieren, weshalb es wichtig ist, nicht nur die Bedürfnisse von Menschen mit definierten psychischen Störungen zu berücksichtigen, sondern auch die psychische Gesundheit aller Menschen zu schützen und zu fördern und den ihr innewohnenden Wert zu erkennen.“

In diesem Sinne freuen wir uns daher, Ihnen die Ergebnisse des Janssen-Forums mit Schwerpunkt mentale und psychische Gesundheit 2020/2021 nun in schriftlicher Form vorlegen zu dürfen.

Natürlich ist unser Report nur eine Momentaufnahme, ein kurzer Blick auf einen Bereich, dessen Bedeutung in Zukunft bestimmt nicht geringer werden wird – wohl eher das Gegenteil. Doch wir hoffen, mit dem Janssen-Forum und dem Report einen Beitrag zur Sichtbarmachung geleistet zu haben.

Wir stehen Ihnen jedenfalls sehr gerne für Fragen, Anregungen und Wünsche zur Verfügung und hoffen, dass Sie unseren Janssen-Report mit dem gleichen Interesse lesen, mit dem wir ihn gestaltet haben!

Ihr Christian Marihart
und Wolfgang Salar

Christian Marihart
Manager External Affairs
Janssen-Cilag Pharma GmbH,
Vorgartenstrasse 206B,
AT 1020 Vienna, Austria
phone: +43 (1) 610 30
mobile: +43 (664) 222 6859
mailto: cmarihar@its.jnj.com
www.janssen.com/austria

Wolfgang Salar
Manager Hospital Relationship
(im Ruhestand)
Janssen-Cilag Pharma GmbH,
Vorgartenstraße 206B,
AT 1020 Vienna, Austria
phone: +43 (1) 610 30
mobile: +43 (664) 1055228
mailto: wsalar@its.jnj.com
www.janssen.com/austria

Die psychische und mentale Gesundheit in Österreich und ihre Auswirkungen auf das Gesundheitssystem

Editorial des Verlags

Mag. Elmar Weixlbaumer

Einatmen, ausatmen, einatmen, ausatmen ... Ein Vorgang, der automatisch abläuft und von uns meistens gar nicht bewusst wahrgenommen wird, der für unser Leben aber ebenso wichtig ist wie der Herzschlag. Doch was hat Atmen mit der Psyche zu tun?

Von der Wortgeschichte her ist es dasselbe, denn das altgriechische Wort „Psyche“ (ψυχή) bedeutet „Atem“, aber auch „Hauch“, „Schmetterling“, „Leben“ und „Seele“. Machen wir unseren letzten Atemzug, hauchen wir unser Leben aus, verlässt auch die Seele unseren Körper. Die einzelnen Teile, die den Menschen ausmachen (und der mehr war als die Summe ebendieser Einzelteile), geben ihre Verbundenheit auf.

Immer wieder zeigt sich, wie fragil die Balance aus Körper, Geist und Seele ist, dass es viele Faktoren gibt, die diese Dreieinigkeit aus dem Gleichgewicht bringen können. Kann der Geist nicht frei fliegen, leiden Seele und Körper. Ist die Seele krank, werden auch Geist und Körper krank. Und spielt der Kör-

per nicht mehr mit, hat das Auswirkungen auf Geist und Seele. Doch wie bleiben wir insgesamt gesund? Und was passiert, wenn einer dieser Bereiche (oder mehrere) nicht mehr unseren gesellschaftlichen Normen entsprechend funktioniert?

Was die Griechen fast schon poetisch unter dem Begriff Psyche subsumierten, wird heute etwas weniger romantisch ausgedrückt. Unter Psyche verstehen wir die „Gesamtheit des menschlichen Fühlens, Empfindens und Denkens“, also alle geistigen Eigenschaften und Persönlichkeitsmerkmale eines Menschen. Die Seele gehört in diesem Fall nicht mehr dazu, denn sie beinhaltet transzendente Elemente, die in der Psyche, so wie sie heute verstanden und definiert wird, keinen Platz haben. Doch das weite Feld des Denkvermögens, der Lernfähigkeit, der Wahrnehmung und Empfindung, der Empathie, der Intuition und der Emotionen bietet sowieso schon ein riesiges Forschungs- und Betätigungsbereich.

Ist die Psyche im Ungleichgewicht, re-

den wir von einer psychischen Störung oder Erkrankung, mit deren Heilung sich in erster Linie die Psychiatrie beschäftigt. Sie steht dabei vor einem komplexen System, denn schon die alten Römer wussten: „Mens sana in corpore sano“ – ein gesunder Geist in einem gesunden Körper. Und selbst die moderne Medizin erkennt an, dass Körper und Geist, also Physis und Psyche, einander stärker beeinflussen als uns vielleicht lieb ist – die Psychosomatik ist also ein wichtiger Bestandteil von Diagnose und Behandlung.

Die Einheit von Körper, Geist und Seele ist auch die Grundlage der Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO): „Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen, ein Zustand des Wohlbefindens, in dem ein Mensch seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen sowie produktiv arbeiten kann und im Stande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen.“

Psychische Erkrankungen wurden bereits in der Antike beschrieben. Als nahezu fortschrittlich kann dabei die griechische Medizin gesehen werden, denn sie betrachtete Krankheiten als natürliche Phänomene und nicht als Manifestierung übernatürlicher und unbeeinflussbarer Kräfte. So weigerte sich etwa Hippokrates von Kos (460–377 v. Chr.), Epilepsie als „Morbus sacer“, als „heilige Krankheit“, zu bezeichnen, und forderte eine empirisch fundierte Erforschung. Im arabischen Kulturraum gab es Forschungen zufolge bereits Einrichtungen, in denen Menschen mit psychischen Krankheiten behandelt wurden, in Westeuropa finden sich Vorläufer psychiatrischer Kliniken oder Abteilungen an Krankenhäusern ab dem frühen 15. Jahrhundert, zum Beispiel in Valencia, Spanien, 1409. Doch trotz dieser Fortschrittlichkeit waren psychische Störungen gleichzeitig ein perfekter Vorwand, um unliebsame Menschen im besten Fall auszugrenzen und im schlimmsten Fall für „besessen“ zu erklären und hinzurichten.

Die weltweit erste Psychiatrische Klinik gab es in Wien: Der unter Kaiser Josef II. im Jahr 1784 fertiggestellte Narrenturm bestand aus fünf Stockwerken mit jeweils 28 Zimmern, die keine Türen hatten – ein erstaunlich fortschrittlicher Gedanke in der damaligen Zeit. Friedliche Patienten konnten sich frei bewegen, „Tobende“ und „Unreine“ dagegen wurden angekettet, in Zwangsjacken gesteckt oder in ihren Betten festgeschnallt. Später wurde eine Mauer um den Turm gebaut, um die Kranken vor den Schaulustigen zu schützen – oder vielleicht auch, um die Wiener Bevölkerung vor dem Anblick der Kranken zu schützen ...

Heute werden psychisch kranke Menschen nicht mehr in „Narrentürme“ gesteckt, man versucht auch nicht, durch Aderlass oder erzwungenes Erbrechen die aus dem Lot geratenen Körpersäf-

te wieder ins Gleichgewicht zu bringen – Medikamente, Psychotherapie oder Psychoanalyse sind nun die Mittel der Wahl, um psychische Erkrankungen wie Depression, Angststörungen, Sucht- und Demenzerkrankungen zu behandeln. Die Komplexität psychischer Störungen, bedingt durch unterschiedliche auslösende Faktoren wie Stress, eine ungesunde Lebensführung, eine schwierige Lebenssituation, aber auch eine genetische Vulnerabilität, erfordert daher eine umfassende Behandlung, die Berücksichtigung des Menschen in seiner Gesamtheit – und Zeit. Wichtig ist jedoch, dass die betroffene Person selbst erkennt, dass sie Hilfe benötigt. Viele erkennen aber die Symptome nicht oder scheuen sich, einen Arzt aufzusuchen, denn psychische Erkrankungen sind immer noch mit Vorurteilen, ja Stigmata, verbunden. Ist die Angst vor Ausgrenzung oder Diskriminierung höher als der Belastungsdruck durch die Krankheit, leben Menschen lieber damit – bis es gar nicht mehr geht. Allerdings steigt auch für Ärzte und Therapeuten der Druck, denn die Zahl an Fachärzten und -personal nimmt aufgrund von Pensionierungen und fehlendem „Nachwuchs“ ab und es bleibt weniger Zeit für jeden einzelnen Patienten. Neue oder zumindest in der Anwendung verbesserte Medikamente brauchen oft sehr lange, bis sie zugelassen werden und Krisen wie etwa Corona verschärfen die Situation zusätzlich. Doch war Corona ein Auslöser oder „nur“ ein Brandbeschleuniger? Welche Langzeitfolgen kann Covid-19 haben und wie äußern sich Traumafolgesymptome? Wie stark sind Menschen mit seltenen Erkrankungen von psychischen Erkrankungen betroffen? Wie kann die Medizin bei der Bewältigung einer psychischen Erkrankung helfen? Wo und wie kommen Selbsthilfegruppen ins Spiel und welchen Problemen sehen sie sich gegenüber? Wie können wir uns selbst helfen oder zumindest unterstützen? Wie können wir das

Schöne trotz aller Herausforderungen im Leben finden?

Diese und andere Fragen wurden beim jüngsten Janssen-Forum gestellt und beantwortet. Was Mediziner, Wissenschaftler und Experten zum Thema „Psychische Gesundheit“ dabei zu sagen haben, können Sie nun nachlesen. Wir hoffen, diese vielfältige Zusammenstellung bietet Ihnen einen aktuellen und fesselnden Überblick über das Thema „Psychische Gesundheit in Österreich“ und Sie finden unsere Ausgabe spannend.

Ihr *Elmar Weixlbaumer*
(CEO Goldegg Verlag)



Mag. Elmar Weixlbaumer ist Verleger, Sachbuchautor und Experte für Medien. Er ist CEO des Goldegg-Verlags in Wien und Berlin sowie Vortragender an Fachhochschulen und anderen Bildungsinstituten zu den Themen »Medien und Bildung«.

© Nathalie B. Bauer



Statement

Cyril Titeux, Managing Director Janssen Mid-sized Markets

Erkrankungen wie Depressionen betreffen durchschnittlich einen von vier Menschen im Laufe ihres Lebens und sind damit eines der größten Probleme der öffentlichen Gesundheit moderner Gesellschaften. Es ist wichtig, dass wir alle gemeinsam mentale Erkrankungen als eine weitere Pandemie anerkennen. Es gibt einen weiteren Link zu Pandemien: COVID-19 und physische Distanzierung führten auch zu sozialer Distanzierung und Isolation, die wir als weitere Ursache für psychische Gesundheitsprobleme anerkennen. Während wir uns daran gewöhnt haben, über COVID-19 zu sprechen, haben weitaus weniger Menschen jemals die weitreichenden, verheerenden Auswirkungen psychischer Erkrankungen erwähnt. Hier herrscht Handlungsbedarf. Die Unsicherheit, die soziale Isolation und die wirtschaftlichen Herausforderungen in der heutigen Welt hinterlassen ihre Spuren. Etwa 75 % der Menschen, die mit mentalen Erkrankungen

leben – darunter unsere Familien, Kollegen und Freunde – erhalten nie die Unterstützung und Therapie, die sie benötigen. Sie kämpfen allein aufgrund wahrgenommener sozialer Stigmatisierung oder weil sie nicht, oder zu spät, diagnostiziert oder schlecht behandelt werden, selbst wenn es bewährte Lösungen gibt. Oft wissen die Menschen, die den Betroffenen am nächsten stehen, nicht, welche Bürden diese tragen oder wie sie helfen können.

Janssen blickt auf eine über 60-jährige Erfahrung auf dem Gebiet der Neurowissenschaften zurück und wir sind bekannt für unser Engagement, etwas für Patienten zu bewirken. Ebenso wichtig wie therapeutische Innovationen sind der Dialog und die Zusammenarbeit mit Akteuren innerhalb des Gesundheitssystems. Wir glauben fest an die Effektivität von Partnerschaften und daran, dass eine verbesserte Versorgung für Patienten nur gemeinsam erreicht werden kann.



© Emmanuel Fradin

In seiner Funktion als Vice President Mid-Sized Markets hat Cyril Titeux die Länderverantwortung für die mittleren Märkte innerhalb der gesamten Janssen EMEA-Region inne. Neben Österreich und der Schweiz umfassen diese Märkte mitunter auch Ländercluster wie Benelux, Skandinavien und weitere mittel- und osteuropäische Länder und repräsentieren insgesamt eine Bevölkerung von über 215 Millionen Menschen. Seine Passion für leistungsstarke Teams, Innovation und Kollaboration, fördert das übergeordnete Ziel bei Janssen, innovative Therapielösungen für Patient:innen in sechs Therapiefeldern, unter anderem Neurowissenschaften, zugänglich zu machen.

Psychische Erkrankungen dürfen kein Tabuthema sein

Ramez Mohsen-Fawzi

Seit März 2022 ist Ramez Mohsen-Fawzi Managing Director bei Janssen Austria. Der Bereich der Neurowissenschaften bildet eines von sechs Therapiegebieten bei Janssen – die mentale Gesundheit ist dabei ein zentrales Anliegen für den Geschäftsführer.

Janssen Report: *Herr Mohsen-Fawzi, Sie arbeiten seit über 26 Jahren für Janssen, viele davon in Führungspositionen. Wie beurteilen Sie die Entwicklung des Bereichs „psychische Erkrankungen“ im Unternehmen?*

Ramez Mohsen-Fawzi: Als Teil von Johnson & Johnson, dem weltgrößten Gesundheitsunternehmen, ist Janssen dem konzernweit gelebten ethischen Credo verpflichtet: Unsere größte Verantwortung gilt den Patienten und deren bestmöglichen Versorgung. Und dabei ist die mentale und psychische Gesundheit ein zentrales Element – unabhängig der Diagnose.

Janssen geht auf den belgischen Wissenschaftler Dr. Paul Janssen zurück, der ein Pionier im Bereich der Pharmaindustrie war. Er interessierte sich besonders für das zentrale Nervensystem, seine Funktionsweise und Erkrankungen und er war instrumentell in der Entwicklung von Behandlungen wie etwa des Neuroleptikums Haloperidol. Als Teil dieses Unternehmens und in der Weiterführung des Forschergeists von Paul Janssen verfolge ich Entwicklungen im Bereich der mentalen Gesundheit sehr genau und bin heute überzeugt, dass psychische Erkrankungen mittlerweile das Ausmaß einer existenziellen Krise angenommen haben. Ich bin der Meinung, dass die Last, die eine psychische Erkrankung für den Betroffenen, die Gesellschaft und das Gesundheitswesen bringt, eine enorme ist. Deshalb braucht dieses Krankheitsbild sehr viel Aufmerksamkeit, Innovation und niederschweligen Versorgungszugang.

Betrachten wir etwa einen Parameter wie den „World Happiness Index“, der jährlich gemessen und veröffentlicht wird und einen deutlichen Bezug zum Thema mentale Gesundheit

hat: Österreich lag im Jahr 2019 auf Rang neun, im Jahr 2020 auf Rang zehn und im Jahr 2021 auf Rang elf. Im internationalen Vergleich sehen wir also eine weitgehend positive Bewertung. Gleichzeitig wissen wir aus dem Depressionsbericht Österreich des Bundesministeriums (2019), dass der Anteil der Bevölkerung in Österreich, der an einer Depression leidet, zumindest bei vier bis fünf Prozent liegt – das ist mehr als die Häufigkeit mancher Krebsarten! Mentale Gesundheit betrifft nicht nur die einzelne Person und ihr Umfeld, sondern wirkt sich auch auf den Arbeitsmarkt, die Wirtschaft und das Gesundheitssystem aus. Mittlerweile sind psychische Erkrankungen der häufigste Grund für mittel- und langfristige Arbeitsunfähigkeit, da häufig Menschen im erwerbsfähigen Alter betroffen sind. Psychische Erkrankungen haben auf vielen Ebenen Einfluss, auch auf jene Menschen, die in entsprechenden Spitalsabteilungen arbeiten, Pflegepersonal, die eigene Familie – sie alle sind durch die steigende mentale Belastung im Umfeld ebenfalls stärker gefährdet, selbst psychisch zu erkranken. Bleibt die Erkrankung unbehandelt oder nicht adäquat behandelt, sehen viele Betroffene nur noch den Suizid als letzten Ausweg.

Alle diese Fakten und Entwicklungen treiben mich an, für mehr Aufklärung, Bewusstsein und Entstigmatisierung einzutreten. Die mentale Gesundheit und adäquate Versorgung direkt und indirekt von psychischen Erkrankungen Betroffener muss meiner Meinung nach stärker im Fokus der Gesellschaft und insbesondere der Entscheidungsträger im Gesundheitssystem stehen.

JR: *Wie würden Sie die Bedeutung psychischer Erkrankungen in den verschiedenen Ländern, in denen Sie gearbeitet haben, beschreiben?*

Mohsen-Fawzi: Psychische Erkrankungen sind ein lokales wie auch globales Thema, bei dem es länderübergreifend dieselben zentralen Herausforderungen gibt.

Essenziell ist, eine rasche und korrekte Diagnose zu stellen. Das frühzeitige Erkennen mentaler Erkrankungen ist eine große Herausforderung auf unterschiedlichen Ebenen. Einerseits sind diese Krankheitsbilder noch stark stigmatisiert und tabuisiert. Selbst wenn diese erste Hürde überwunden wird und ein Patient bereit ist, Hilfe anzunehmen, gibt es oftmals keine oder zu wenige Psychiater, Psychologen und/oder Neurologen im Umkreis.

Die ausreichende Versorgung der Bevölkerung mit qualifizierten psychologischen Anlauf- und Behandlungsstellen und deren ausreichende Kapazitäten für Menschen mit psychischen Erkrankungen muss daher stärker forciert werden. Denn verspätete Diagnosen haben negative Auswirkungen auf (Überlebens-) Prognosen und Behandlungsergebnisse.

Eine weitere Herausforderung liegt im Zugang zu medikamentösen Therapien: Auch wenn neue Medikamente zugelassen sind, ist vielerorts deren Einsatz erschwert.

Ein Großteil der erstatteten Innovationen fließt in andere Bereiche, wie beispielsweise Therapien gegen Krebs. Oft wird übersehen, dass viele Menschen aufgrund einer organischen Erkrankung zusätzlich in eine mentale Krise schlittern, welche wiederum die Behandlungsergebnisse der primären Erkrankung negativ beeinträchtigt. Meiner Ansicht und Erfahrung nach sind psychische Erkrankungen eine Art „silent epidemic“. Die Verdrängung der weitreichenden Problematik und der untergeordnete Stellenwert, der mentalen Erkrankungen oft zugeschrieben wird, werden aufgrund steigender Unsicherheiten und globaler Krisen noch massivere Herausforderung für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem entwickeln. Es gilt daher, rasch und umfassend zu handeln.

JR: Welche Bedeutung wollen Sie dem Bereich psychische Erkrankungen in Österreich geben, was wollen Sie erreichen?

Mohsen-Fawzi: Österreichs Rolle im Bereich psychischer Erkrankungen, deren Erforschung und Behandlung, ist eine historisch fest verwurzelte mit richtungsweisender Bedeutung – denken Sie etwa an Sigmund Freud. Sein wissenschaftliches Erbe verpflichtet Österreich geradezu, auch heute bei der Be-



handlung psychischer Erkrankungen weiter Pionierarbeit zu leisten. Ich persönlich möchte appellieren, die mentale Gesundheit zu priorisieren und für Lösungen zur bestmöglichen Versorgung psychisch Erkrankter einzutreten. Nur wenige Pharmaunternehmen widmen sich diesem komplexen Auftrag. Wir bei Janssen wollen in Österreich eine Vorreiterrolle einnehmen in Bezug auf Kooperationen mit Gesundheitsbehörden, Ärzten, Spitälern, Fachpersonal, Medien und Betroffenen. Eine rasche Diagnose, eine kompetente sozial-medizinische Anlaufstelle und ein verantwortungsvoller Einsatz von Therapien müssen die Grundlage für einen seriösen und ethischen Umgang mit mentalen Erkrankungen sein – das umfasst auch die Begleitung Betroffener auf ihrem Weg zurück in die Gesellschaft und das (Arbeits-) Leben.

In meiner Funktion als Managing Director von Janssen Austria möchte ich auch eine Botschaft der Hoffnung übermitteln: Psychische Erkrankungen können behandelt und kontrolliert werden. Sie sind nicht vom Schicksal auferlegt, nichts, das wir untätig ertragen müssen. Gemeinsam können wir aktiv für eine Verbesserung der individuellen Situation eintreten.

An dieser Stelle möchte ich auch das Thema Verantwortung ansprechen: Wenn wir die Wichtigkeit der mentalen Gesundheit und das Schließen von Versorgungslücken mit allen Stakeholdern vorantreiben, dann haben wir einen zentralen Meilenstein für die Gesellschaft erreicht.

JR: *Wer sind Ihre Ansprechpartner und wie wollen Sie diese erreichen?*

Mohsen-Fawzi: Lassen Sie mich hierzu mit einem Beispiel beginnen: Vor 25 Jahren war HIV/AIDS eine Erkrankung einer stigmatisierten Randgruppe und wurde daher nicht priorisiert. Doch Patienteninteressengruppen und Medien intervenierten immer wieder und diese Hartnäckigkeit führte dazu, dass sich Vorreiter aus Forschung und Pharmaindustrie, aber auch Behörden und Vertreter des Gesundheitssystems damit auseinandersetzten. Heute sind HIV und AIDS eine behandelbare Krankheit mit äußerst hohen Überlebenschancen bei gleichzeitig guter Lebensqualität. Die gemeinsamen Fortschritte veränderten die Sichtweise auf und den Umgang mit dieser Krankheit.

Wenn wir Betroffene darin bestärken können, sich behandeln zu lassen, das Versorgungsnetz verbessern und verdichten, die Gesellschaft aufklären, dann sind wir auf dem besten Weg. Um das zu erreichen, bedarf es einem gemeinsamen Commitment aller Stakeholder, die an Aufklärung, Forschung, Zugang zu Innovation und Infrastruktur, Behandlung und Betreuung Betroffener beteiligt sind.

Am Ende ist jeder und jede von uns Teil dieses Prozesses: Jeder von uns kann sich für Patientenrechte, Entstigmatisierung und das Recht auf Behandlung stark machen. Tun wir das, können wir Leben retten und nötige Ressourcen mobilisieren.

JR: *Was waren Ihrer Ansicht nach die Auswirkungen der Pandemie auf den Bereich der mentalen Erkrankungen hinsichtlich Inzidenz, Versorgung und therapeutische Innovationen?*

Mohsen-Fawzi: Die Daten sagen uns, dass sich die mentale Gesundheit der Bevölkerung durch die Pandemie weiter verschlechtert hat. Covid ist nicht nur eine ernstzunehmende virale Infektion, sondern auch eine Pandemie der Angst mit zum Teil dramatischen Auswirkungen. Menschen mit Depressionen waren vor allem während der ersten Lockdowns nicht nur mit mehr Stress und Angst konfrontiert, sondern auch mit einem erschwerten Zugang zu ihrer Behandlung. Besonders Betroffene mit einer therapieresistenten Depression, das sind etwa 30 Prozent aller an einer Depression Erkrankten, brauchen ein sehr engmaschiges Behandlungsnetz, das ihnen in diesen Zeiten jedoch sehr limitiert zur Verfügung stand. Das hat schwerwiegende Auswirkungen auf den Verlauf der Krankheit.

Bei all den Bemühungen, die Pandemie in den Griff zu bekommen, waren es Menschen mit psychischen Erkrankungen, beziehungsweise jene, die noch nicht oder nur unvollständig diagnostiziert waren, die vermehrt in Vergessenheit gerieten.

Covid als weltweite Pandemie erforderte ein rasches Gegensteuern und Entwickeln eines Impfstoffs, weshalb Regierungen, Pharmafirmen, Universitäten und Forschungseinrichtungen in unglaublicher Weise zusammenarbeiteten. Nun gilt es, diesen verstärkten Dialog, das zielgerichteten Vorgehen und die rasche Mobilisierung auch im Bereich der psychischen Erkrankungen zu leben. Wird die Zulassung und Finanzierung von innovativen Behandlungen verzögert oder der gesellschaftliche und therapeutische Wert neuer Medikamente überhaupt angezweifelt, ist das ein Signal in die falsche Richtung.

JR: *Glauben Sie, dass tatsächlich Bedarf an neuen Medikamenten zum Beispiel gegen Depression besteht?*

Mohsen-Fawzi: Es besteht definitiv Bedarf, denn die Lebenserwartung der Menschen ist gestiegen und damit die Zahl derer, die an einer psychischen Erkrankung leiden. Auch die Ansprüche der Betroffenen haben sich verändert: War das Ziel früher, die Krankheit schlicht in den Griff zu bekommen so ist es heute, berechtigterweise, trotz Krankheit ein erfülltes und glückliches Leben zu haben.

Die Expertise ist mittlerweile groß – wir kennen die chemischen Substanzen, die das Gehirn beeinflussen, wir kennen die Ursachen psychischer Erkrankungen besser und können so zielgenauer forschen und innovativere Medikamente entwickeln.

Mit der gestiegenen Lebenserwartung und den damit verbundenen vermehrt auftretenden Alterskrankheiten wie zum Beispiel Demenz ist das Gesundheitssystem stark gefordert. Wir brauchen also nicht nur innovative Medikamente, sondern ganzheitliche Ansätze und Lösungen.

JR: *Der Finanzierungsprozess für neue Medikamente ist in Österreich mitunter kompliziert und langsam. Wie sind diesbezüglich Ihre Erfahrungen in anderen Ländern?*

Mohsen-Fawzi: Je mehr ein Staat in die Gesundheit seiner Bürger investiert, umso besser ist die volkswirtschaftliche Lage und umso schneller können politische und wirtschaftliche Ziele erreicht werden. Es lohnt sich also, in Gesundheit und damit in eine stabile Gesellschaft – zu investieren – darunter fällt auch in die mentale Gesundheit. International wird Österreich als innovatives Land gesehen, im Bereich der psychischen Erkrankungen besteht aber noch Aufholbedarf. Verstärken wir medizinische Innovationen im Bereich der psychischen Erkrankungen, profitieren alle davon – durch eine längere Lebenserwartung der Menschen und eine geringere Belastung volkswirtschaftlicher Budgets und des Gesundheitssystems. Janssen Austria will und wird seinen Beitrag dazu leisten. Wir wollen die internationale Vorreiterrolle Österreichs als Land, das in Forschung und Entwicklung investiert und Innovationen anerkennt, ausbauen und damit den Standort Österreich noch attraktiver machen.

JR: Was sind Ihre Pläne im Bereich Neurowissenschaft?

Mohsen-Fawzi: Das Krankheitsbild Depression soll in den Vordergrund gestellt werden. Besonderer Fokus liegt auf der therapieresistenten Depression – ein Bereich, der bisher noch nicht ausreichend Beachtung gefunden hat. Meine Aufgabe als Managing Director ist es, mit allen Stakeholdern und der Gesellschaft zusammenzuarbeiten, um hier Veränderung und Innovation voranzubringen. Diese Erkrankung muss öffentlich thematisiert werden. Betroffenen sollen darüber sprechen können, ohne ihren Platz in der Gesellschaft zu verlieren.

Ich selbst fühle mich als „Weltbürger“, der in Österreich lebt, arbeitet und großes Interesse daran hat, einen Beitrag an der Gesellschaft zu leisten, indem das Wohlbefinden, die Gesundheit und die Lebensfreude jedes Einzelnen gestärkt werden.

Deshalb ist für mich auch die mentale und körperliche Gesundheit der Mitarbeiter von Janssen Austria zentral. Ich versuche eine sichere Umgebung zu schaffen, in denen jeder frei über Probleme und Herausforderungen sprechen und Energie schöpfen kann. Das beginnt im Kleinen, wie bei einem gemeinsamen Kaffee in der Arbeitspause, oder auch in unserer Familie, unserem Freundeskreis.

Wir dürfen nicht vergessen, dass der wahre Reichtum eines Landes die Menschen sind. Deshalb sind die Gesundheit und das Wohlbefinden so wichtig. Sich hierbei rein auf unseren physischen Körper zu fokussieren wäre falsch. Auch Geist und Seele brauchen Zuwendung und Aufmerksamkeit. Wenn alle drei Bereiche eine gesunde Einheit bilden, ist der Mensch glücklich und leistungsfähig und die Gesellschaft kann sich entfalten und ist für zukünftige Herausforderungen gewappnet.



Ramez Mohsen-Fawzi leitet seit März 2022 als Managing Director das Management Board von Janssen Austria. Der gebürtige Ägypter hat an der Fakultät für Pharmazie der Universität Kairo sowie am Collège de la Sainte Famille studiert und ist bereits seit 1996 für Janssen tätig. Zuletzt leitete er den JENA-Cluster (Ägypten, Jordanien, Libyen, Sudan und Äthiopien) als Managing Director.

Der Mensch ist nicht die psychische Erkrankung, sie ist nur ein Teil von ihm

DI Michaela Wambacher

Welchen wichtigen Beitrag Selbsthilfeorganisationen im Bereich psychischer Erkrankungen leisten, weiß DI Michaela Wambacher aus eigener Erfahrung. Die Leiterin des Vereins Achterbahn in der Steiermark erzählt über die Herausforderungen in diesem Bereich.

Janssen Report: *Wie kam Ihr Verein zu seinem Namen?*

Michaela Wambacher: Die Achterbahn-Fahrt im Vergnügungspark mit ihren unterschiedlich langen und intensiven Berg- und Talfahrten, mit längerer und kürzerer Verweildauer in den Hoch- und Tiefpunkten, steht sinnbildlich für die unterschiedlichen Phasen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen im Laufe ihres Lebens durchmachen. Eine psychische Erkrankung hat im Verlauf unterschiedliche Ausprägungen. In dem Zusammenhang ist es uns wichtig zu betonen, dass Menschen nicht psychisch krank sind, sondern mit einer psychischen Erkrankung leben (müssen oder zu leben gelernt haben). Der Mensch ist also nicht die psychische Erkrankung, sondern hat sie, sie ist nur ein Teil von ihm und macht ihn nicht in seiner Gesamtheit aus.

JR: *Wer kommt zum Verein Achterbahn?*

Wambacher: Der Verein Achterbahn Steiermark ist eine niederschwellige Selbsthilfeorganisation für Menschen mit unterschiedlichsten psychischen Problemen und Erkrankungen. Für die Teilnahme an unseren Selbsthilfegruppen in Graz und zehn steirischen Bezirken ist keine ärztliche Diagnose erforderlich, wir verlangen auch keine Auskunft darüber, welche psychische Erkrankungen die TeilnehmerInnen haben.

JR: *Wie helfen Sie diesen Menschen?*

Wambacher: Unser Hauptfokus liegt auf dem Erfahrungsaustausch unter Betroffenen im Rahmen unseres umfassenden

den Selbsthilfe-, Kreativ und Freizeitangebots. Wir im Team – allesamt ErfahrungsexpertInnen – versuchen, den Menschen, die zu uns kommen, mit unserem eigenen Erfahrungshintergrund in deren Welt wertfrei und auf Augenhöhe zu begegnen. Dabei steht gar nicht so sehr die Genesung im Vordergrund, sondern einfach für den Menschen in der Krise da zu sein, ihn für eine gewisse Zeit an der Hand zu nehmen. Alles andere ergibt sich dann oft von selbst.

JR: *Vor welchen Problemen stehen Sie dabei am häufigsten?*

Wambacher: Die größte Herausforderung haben eigentlich wir ErfahrungsexpertInnen selbst, nämlich darauf zu achten, dass wir uns bei der Arbeit mit Betroffenen rechtzeitig abgrenzen. Da wir selbst eigene Erfahrungen mit psychischen Krisen haben und uns in der Zeit der eigenen Krankheitsphasen Mängel in der Versorgung vor Augen geführt worden sind – vor allem die fehlende Einzelbetreuung im Krisenfall und die lange Dauer, bis man professionelle Hilfe bekommt – möchten wir das mit Begleitung und Unterstützung in der Krise durch Peerarbeit möglichst ausgleichen. Das geht aber nur bis zu einem gewissen Punkt und den zu finden, ist manchmal schwierig und die Überforderung vorprogrammiert. Da heißt es, gut hinzusehen und unser Team mit Supervision und Einzelcoaching zu unterstützen.

JR: *Vor welchen Problemen stehen Menschen mit psychischer Beeinträchtigung in unserer Gesellschaft derzeit am häufigsten?*

Wambacher: Das größte Problem ist wohl die Stigmatisierung



und Tabuisierung von psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung. Laut Statistik erlebt jeder vierte Österreicher und jede vierte Österreicherin im Laufe seines bzw. ihres Lebens mindestens eine Episode mit psychischer Erkrankung, vor allem Burnout, Depressionen und/oder Angsterkrankungen sind im Vormarsch. Und obwohl psychische Erkrankungen derart häufig auftreten, sind sie noch immer mit vielen Vorurteilen, negativen Zuschreibungen und Tabus belastet. Das führt dazu, dass Betroffene, aus Angst, für verrückt gehalten zu werden, unter Umständen zu lange warten, bis sie sich, wenn überhaupt, professionelle Hilfe holen, was dazu führt, dass ihr Leidensweg unnötig verlängert wird. Dort, wo Stigmatisierung und Tabuisierung von psychischen Erkrankungen besonders hoch sind, ist auch die Suizidrate am höchsten. In der Steiermark ist das der Nordwesten in der Gegend von Murau. Wir hatten dort eine Selbsthilfegruppe, die mussten wir einstellen, weil sie zu wenig genutzt wurde. Jedoch nicht wegen zu geringer Krankheitsfälle, das wurde uns auch von den Professionisten bestätigt.

Hier ist die Politik gefordert, neue Gegenstrategien zu entwickeln und entsprechende Gelder locker zu machen, denn das alles verursacht unnötig viel Leid bei Betroffenen und Angehörigen, aber auch dem Gesundheitssystem horrenden Kosten.

JR: *Hat Covid-19 die Situation verschlimmert – welche psychischen Erkrankungen haben zugenommen?*

Wambacher: Das können wir natürlich nicht sagen, da müssen die Statistiken abgewartet werden. Verstärkt und befördert wurden aber bestimmt Angsterkrankungen. Außerdem sind, was wir gesehen haben, Menschen in ein psychisches Loch gefallen, denen es ohne Corona-Krise möglicherweise nicht so schnell passiert oder gar nicht passiert wäre. Bestimmt gibt es aber auch Betroffene, denen es durch die Krise und vor allem durch die Lockdowns besser gegangen ist, weil sie die täglichen Herausforderungen eine gewisse Zeit nicht bewältigen mussten. Das schützt sie jedoch nicht unbedingt vor einer erneuten Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit nach der Krise, denn gerade das Entwickeln und Durchführen von Bewältigungsstrategien im Alltag birgt das größte Potenzial, langfristig von psychischen Erkrankungen zu genesen. Wenn ich mich selbst jedoch nicht fordern muss, kann ich das nur schwer erreichen.

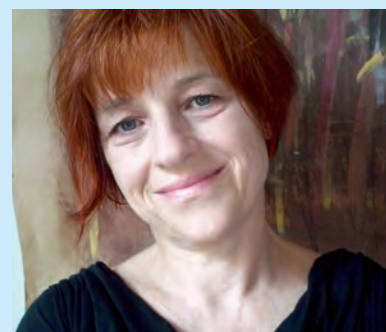
JR: *Von welcher Seite würden Sie sich mehr Unterstützung wünschen und warum?*

Wambacher: Seit 2006 setzten wir uns für die Anerkennung

der Bedeutung der Selbsthilfe in der psychosozialen Versorgung und für den Dialog zwischen FachexpertInnen, Angehörigen und Betroffenen ein. Wir sehen uns als wichtige Ergänzung in der Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Uns ist bewusst, dass wir die professionelle Hilfe nicht ersetzen können und dürfen. Leider ist es noch ein weiter Weg bis zu einer echten dialogischen Zusammenarbeit auf allen Ebenen mit dem Ziel, Betroffenen die bestmögliche Chance auf Genesung zu geben. In der Steiermark, wo die Achterbahn ja angesiedelt ist, haben wir damit als Selbsthilfeorganisation eine gewisse Anerkennung unter den Professionisten und bei politischen Entscheidungsträgern erreicht – in den anderen Bundesländern schaut es da meist viel schlechter aus.

Allerdings gilt die Akzeptanz nur gegenüber der Arbeit in unserer Einrichtung. Mit unserer Forderung, dass wir ErfahrungsexpertInnen auch in professionellen Teams mitarbeiten können müssen, stoßen wir allerdings auf harte Grenzen. Dann heißt es von der meisten Professionisten sinngemäß: „Aber Hallo! Stopp! Bis hierher und nicht weiter!“ Es gilt daher weiterhin, nicht müde zu werden und intensiv Überzeu-

gungsarbeit zu leisten. Wir wären auch gerne bereit, uns dafür im Bereich Peerarbeit weiterzubilden. Leider fehlt ein kontinuierliches und dem Bedarf entsprechendes Ausbildungsangebot in Österreich. Wir setzen uns gerade mit allen relevanten Selbsthilfeorganisationen der Bundesländer, dem Verein Lichterkette und mit dem Dachverband IdEE Austria auf Bundesebene dafür ein, dass eine österreichweit anerkannte Peerausbildung entwickelt wird, die dann jedes gute Ausbildungsinstitut anbieten kann. Jeder Euro, der in die Selbsthilfe investiert wird, fließt vielfach ins System zurück, das ist erwiesen und macht Sinn!



© Martin Wambacher

DI Michaela Wambacher ist Gründerin und Leiterin des Vereins Achterbahn Steiermark, die unabhängige Peerbewegung für psychische Gesundheit; außerdem ist sie stellvertretende Vorsitzende im Dachverband IDEE Austria, die Interessensvereinigung der Erfahrungsexpert:Innen für psychische Gesundheit
www.achterbahn.st, www.dv-idee.at

Wir müssen uns nur die Chance geben, das Schöne auch wirklich zu erleben

Univ.-Prof. Dr. Michael Musalek

Die Corona-Pandemie ist für die Menschen in Österreich nicht nur eine körperliche, sondern auch eine psychische Herausforderung. Dabei vergessen viele das Schöne im Leben. Doch es ist nicht abgeschafft, wir müssen nur wieder lernen, es als Kraftquelle wahrzunehmen, ist Prof. Michael Musalek überzeugt.

Janssen Report: *Die Covid-Pandemie hat für die Menschen viele Herausforderungen und Belastungen gebracht. Wie hat sich das auf die psychische Gesundheit der österreichischen Bevölkerung ausgewirkt?*

Michael Musalek: Wie viele Menschen tatsächlich krank geworden sind, können wir nicht sagen, da es keine epidemiologischen Untersuchungen und daher keine Daten dazu gibt. Wir wissen aber, wie stark die psychische Belastung der Menschen gestiegen ist. Wenn wir Gesundheit wie die WHO definieren, nämlich über das völlige körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden und nicht nur über die Abwesenheit von Krankheit, dann sind wir bereits nicht völlig gesund, wenn wir uns deutlich belastet fühlen. Zum Thema Belastung haben wir mehrere Untersuchungen zu verschiedenen Zeitpunkten gemacht und dabei einen Parameter besonders genau beobachtet, der für die psychische Belastung besonders aussagekräftig ist: die erhöhte Reizbarkeit, die erhöhte Gereiztheit und die gereizte Missgestimmtheit.

Lassen Sie mich das näher erklären: Wenn wir in eine Belastungssituation kommen, reagieren wir regelhaft mit einer erhöhten Reizbarkeit – wir werden leichter böse, wie man in Wien sagen würde. Zu Beginn der Pandemie gab ein Viertel der österreichischen Bevölkerung an, erhöht reizbar zu reagieren. Später stieg dieser Anteil auf ein Drittel und heute sehen wir, dass die durch Corona subjektiv erlebte psychische Belastung bei rund der Hälfte der Österreicher:innen eine er-

höhte Reizbarkeit zur Folge hat. Bei einem guten Drittel sehen wir eine erhöhte Gereiztheit und bei etwa 20 Prozent tritt durch die psychische Belastung eine gereizte Missgestimmtheit auf. Im Fall der erhöhten Gereiztheit machen uns selbst banale Reize richtig böse. Bei der gereizten Missgestimmtheit braucht es dagegen gar keinen Reiz, man kommt quasi schon in der Früh „geladen“ aus dem Bett. Wir alle merken diese vermehrte Aggressivität, die sich nicht nur verbal, sondern auch körperlich, sprich als aggressive Handlung, äußern kann, in all unseren Lebensbereichen – beim Einkaufen, auf der Straße, im Straßenverkehr. Befinden wir uns in einer solchen Situation, kompensieren wir einen verbalen Ausfall uns gegenüber vielleicht ein oder zwei Mal, doch dann ist unsere Grenze erreicht und wir reagieren ebenfalls gereizt – es entsteht ein Schneeballeffekt, das heißt die Reizbarkeit breitet sich immer rascher aus.

JR: *Konnten Sie bei Depression oder Angststörung Steigerungsraten feststellen?*

Musalek: Online-Befragungen erlauben uns leider nicht, eine Krankheit zu diagnostizieren, dazu müssten wir eine epidemiologische Untersuchung machen. Was wir allerdings schon gesehen haben, ist, dass Ängste zunehmen und jene Parameter, die üblicherweise einer Depression zuzuordnen sind. Ob die Betroffenen nun aber tatsächlich krank sind, können wir nicht sagen. Die Zahlen von Erkrankungsfällen in Ambulanzen und entsprechenden Einrichtungen sind bisher nicht sig-

nifikant gestiegen, das kann aber auch daran liegen, dass viele Menschen aus Angst vor einer Ansteckung keine Hilfe suchen. Bei Alkoholkranken wissen wir allerdings, dass der Alkoholkonsum sehr wohl zugenommen hat.

Wir können jedoch davon ausgehen, dass auch die Zahl derer, die an einer Depression oder Angststörung erkranken, zunehmen wird, denn wir können zwar kurzfristige Belastungen relativ gut kompensieren, langfristige aber schlecht. Leider bedeutet das auch, dass die Zahl der Suizidversuche und Suizide vermutlich erst in etwa ein bis zwei Jahren steigt – alle bisher zur Verfügung stehenden Zahlen haben so gesehen eine gewisse Latenz. Daraus ergibt sich, dass die psychosoziale Pandemie, und von einer solchen müssen wir sprechen, viel weiter verbreitet ist als die virale und dass sie uns wesentlich länger beschäftigen wird.

JR: *Konnten sie auch schon vor der Pandemie eine Steigerung bei Gereiztheit und psychischen Erkrankungen feststellen, etwa durch den gestiegenen gesellschaftlichen Leistungsdruck?*

Musalek: Die Pandemie ist kein Verursacher, sondern ein klassischer Brandbeschleuniger. Das heißt, alle Probleme, die es schon vor Corona gegeben hat, sind dadurch verstärkt und deutlicher sichtbar geworden. Lassen Sie mich Beziehungsstörungen als Beispiel nennen: Es kommt ganz selten vor, dass eine gut funktionierende Beziehung in einer Krise zu einer schlecht funktionierenden wird. Gibt es allerdings schon vorher Probleme, treten diese in einer belastenden Situation stärker in den Vordergrund. Das erleben wir auch bei psychischen Störungen – es gibt Zuwachsraten bei Depression und Angststörungen, doch gerade bei der Depression muss man vorsichtig sein: Einerseits mag sie tatsächlich häufiger aufgrund von massiven Belastungen oder sogar Mehrfachbelastungen auftreten. Davon sind vor allem Frauen betroffen. Andererseits werden auch mehr Depressionen diagnostiziert; das heißt wir wissen, dass nur etwa rund 20 bis 30 Prozent aller vorhandenen Depressionen auch tatsächlich diagnostiziert werden, weil viele Menschen bestimmte Symptome gar nicht als die einer Depression erkennen, sondern sich vielleicht als weniger oder nicht leistungsfähig, als faul oder schwach empfinden. Nicht umsonst lautet der klassische Satz des Depressiven: „Ich bin gar nicht depressiv.“ Doch da hat sich zum Glück in den letzten Jahren viel getan. Es war uns immer klar, dass das, was wir in Ambulanzen oder Praxen sehen, nur die Spitze des Eisbergs ist. Nun kommt mehr und mehr davon an die Oberfläche.

JR: *Gibt es Unterschiede bei den psychischen Erkrankungen (Art, Intensität, Dauer) in Bezug auf Alter, Bildung, Gesellschaftsschicht etc.?*

Musalek: Wir wissen, dass psychische Krankheiten bis zu einem gewissen Grad etwas mit dem Geschlecht zu tun haben, aber auch mit dem Alter. Vor allem Depressionen nehmen mit steigendem Alter zu. Es hat natürlich auch mit dem sozioökonomischen Status zu tun, prinzipiell kann aber jeder depressiv werden – weder der Reiche noch der Arme ist davor gefeit. Hinsichtlich der Prognose kommt es vor allem darauf an, wie rasch jemand zum Arzt geht und sich in Behandlung begibt. Frauen sind eher bereit, eine Krankheit zu akzeptieren und eine Behandlungseinrichtung aufzusuchen; sie haben ein anderes Krankheitsbewusstsein als Männer. Deshalb diagnostizieren wir Depressionen bei Frauen häufiger als bei Männern.

Psychische Krankheiten, die durch chronische Belastung verursacht werden, treten bei Frauen im erwerbsfähigen Alter ganz besonders häufig auf. In unserer Gesellschaft ist es immer noch so, dass vorzugsweise Frauen für die Familie zuständig sind, für die Kinder, für die Pflege von Angehörigen und den Haushalt – und daneben noch einen Beruf ausüben. Entsprechend häufiger kommt es zu Überlastungssyndromen oder einem Burnout.

JR: *Sind psychische Erkrankungen wie Angststörungen oder Depression vererbbar?*

Musalek: Nicht auf die gleiche Art wie Erbkrankheiten wie etwa die Bluterkrankheit. Aber es gibt bestimmte genetische Konstellationen, die die Chance erhöhen, dass die betroffene Person psychisch krank wird. Es braucht allerdings noch zusätzliche Belastungssituationen, dass diese erhöhte Vulnerabilität dazu führt, dass man auch realiter krank wird. Betrachten wir entsprechende Studien, dann ergibt sich ein Verhältnis von 60:40 oder 40:60 je nach Ausgangsperspektive, ob diese Krankheiten durch die Umwelt oder genetisch bedingt sind. Jeder psychisch Kranke hat eine gewisse genetische Grundkonstellation, um diese Krankheit zu bekommen, das heißt aber trotzdem noch nicht, dass sie tatsächlich ausbricht. Daher haben wir uns in der Diagnose und der Therapie von der Frage, ob die Erkrankung nun eine psychisch oder körperlich bedingte ist, verabschiedet, weil immer beide Bereiche angegangen werden müssen, sowohl der körperliche wie auch der psychische.

Das gleiche gilt für die Diskussion um Psychotherapie und Pharmakotherapie – es geht nicht mehr um Entweder-oder. Bis auf Ausnahmefälle wie etwa schwerste Depression, wo eine Psychotherapie nicht möglich ist, oder ganz leichte Formen von Depression, wo Medikamente noch nicht notwendig sind, setzen wir auf beide Formen der Behandlung. Das Entweder-oder ist dem Sowohl-als-auch gewichen.

JR: Sie betonen stets, das Schöne im Leben nicht zu vergessen, auch wenn die Situation noch so schlimm erscheint. Gibt es gewisse Dinge oder Erlebnisse, die viele Menschen schön finden, an denen sie sich aufrichten können, oder hat tatsächlich jeder Mensch sein eigenes, individuelles „Schön“?

Musalek: Es gibt tatsächlich Dinge, die für ziemlich alle attraktiv sind. So ist zum Beispiel ein regenloser, lauer Sommerabend praktisch für alle Menschen schön und ein grauer, kalter, windiger Herbstmorgen ist für die allermeisten nicht schön. Trotzdem ist das Schöne etwas sehr Individuelles, das wir kultivieren können. Wir können lernen, Dinge als schön zu erleben, die wir bislang vielleicht noch nicht als schön erlebt haben, und zwar in zweierlei Hinsicht: Zum einen, indem wir unser Spektrum erweitern und uns auch auf Dinge einlassen, auf die wir uns bisher noch nicht eingelassen haben. So kann man vielleicht die Gerüche und Geräusche im Wald für sich entdecken und als schön empfinden. Wir können zum anderen aber auch unser Erleben von Schön intensivieren, wir können lernen zu genießen. Zum Genießen braucht es eine Öffnung gegenüber dem, was wir genießen wollen, aber auch, dass wir uns hingeben. Und genau damit haben die meisten Menschen ein Problem: Das Wort Hingabe allein macht vielen Angst, sie empfinden es gar als Bedrohung, denn Hingabe bedeutet die Aufgabe von Kontrolle. Doch wir können lernen, uns zum Beispiel der Musik hinzugeben und uns nicht nur von ihr berieseln zu lassen. Oder wir lassen uns auf ein Bild ein, bleiben stehen und betrachten es genau und laufen nicht einfach nur durchs Museum und nehmen die Meister wie van Gogh, Matisse oder Picasso quasi nebenbei wahr. Wir sollten uns auf das Erlebnis und das Erleben einlassen. Das gleiche gilt für Beziehungen: Wir können oberflächliche Beziehungen haben, doch das tiefe Erleben stellt sich nur ein, wenn man sich auf den anderen einlässt und erlebt, wie schön und beseelend es ist, mit einer geliebten Person auf einer Bank zu sitzen und ihre Hand zu halten.

Wenn wir in eine Krisensituation kommen – und es ist egal, welche Krise das ist -, dann neigen wir dazu, uns nur mehr mit der Krise zu beschäftigen. Das ist bis zu einem gewissen Grad zwar notwendig und sinnvoll, um damit fertig zu werden, aber wir vergessen dabei oft das Schöne, das es ja weiterhin gibt, das ist ja nicht verschwunden. Denn wenn wir uns auch in der Krise das Schöne erlauben, können wir daraus Kraft schöpfen, um weiterzumachen. Das heißt überhaupt nicht, dass wir die Krise beschönigen sollen – eine Krise ist immer etwas Scheußliches -, aber der Rest des Lebens ist deshalb nicht abgeschafft worden. Wenn man also beim nächsten Fernsehabend wieder von schrecklichen Meldungen überflutet wird, kann man sich herausnehmen und besser einen schönen Film anschauen. Das hat nichts mit Realitätsverweigerung zu tun,

sondern kann einem helfen, die Negativspirale zu durchbrechen und gekräftigt weiterzugehen. Wir brauchen das Schöne – und wir sollen uns dem Schönen widmen.

JR: Was passiert, wenn jemand absolut nichts Schönes im Leben entdecken kann? Wie kann man diesen Menschen helfen, es wieder zu finden?

Musalek: Der größte Feind des Erlebens von Schönerem ist die Depression. In der Depression ist es uns nicht möglich, das Schöne zu sehen, und zwar nicht, weil wir nicht wollen, sondern weil wir nicht können. Das erste, was bei einer leichten Depression verlorengelht, ist die Genussfähigkeit. Als nächstes verlieren wir die Fähigkeit, Freude zu erleben, dann die Fähigkeit, irgendetwas etwas als schön zu erleben, und zuletzt verlieren wir die Fähigkeit, überhaupt etwas zu spüren oder fühlen.

Das Problem für die Betroffenen ist, dass sie sehr wohl aus der Vergangenheit wissen, dass es auch für sie das Schöne gegeben und wie es sich angefühlt hat, aber sie können es im Moment nicht spüren. Deshalb ist es nicht hilfreich, wenn jemand zu einer Person mit einer schweren Depression sagt: „Aber schau, das ist doch schön und das haben wir doch immer gerne gemacht“ oder ähnliches, denn damit wird dem Kranken nur vor Augen geführt, was er derzeit nicht kann – spüren und empfinden nämlich.

In der Besserungsphase geht es dann wieder genau in die andere Richtung. Man kann zuerst wieder spüren, dann etwas als schön erleben, bis man letztendlich wieder genießen kann. Deshalb ist es so wichtig, eine Depression frühzeitig zu erkennen: Man erspart dem Betroffenen nicht nur viel Leid, therapeutische Arbeit und Medikamente, sondern man hilft ihm, das Schöne nicht als Kraftquelle zu verlieren.

JR: Wie unterstützt man die Menschen in diesem Prozess?

Musalek: In der Regel braucht man sowohl Gesprächstherapien als auch Medikamente. Selbst wenn jemand schwerst depressiv ist, haben wir heute zum Glück ein breites Spektrum an Antidepressiva zur Verfügung. Vor allem in den vergangenen 30 Jahren hat sich auf diesem Sektor sehr viel getan: Es gab wohl auch in den 1970er Jahren schon effektive Antidepressiva, die waren aber zum Teil ziemlich nebenwirkungsreich und oft sogar gefährlich. Das hat sich zum Glück gewandelt, heute haben wir hochpotente Antidepressiva, die über verschiedene Mechanismen wirken und gleichzeitig ein sehr gutes Nebenwirkungsprofil haben, das heißt wenig Nebenwirkungen bei hoher Effektivität. Das Problem ist allerdings, dass wir nur einen Teil davon für alle, nämlich auch für die Ein-



kommensschwachen, zur Verfügung haben, weil die Krankenkasse nicht alle Medikamente bezahlt.

Auch in der Psychotherapie hat es große Entwicklungen gegeben, gerade im Bereich der sogenannten Kurzzeitpsychotherapie; hier kann man Menschen über Interventionen rasch und mit relativ geringem Aufwand sehr gut helfen.

JR: Sie leiten das Institut für Sozialästhetik und psychische Gesundheit an der SFU. Dabei geht es auch oder vor allem um die Wirkbereiche der Tiefenästhetik. Was genau versteht man darunter?

Musalek: Wir unterscheiden hier nach Wolfgang Iser, einem der großen deutschen Philosophen und Ästhetiker unserer Zeit, zwischen Oberflächen- und Tiefenästhetik: Erstere ist eine Form des ästhetischen Betrachtens, die im wahrsten Sinn des Wortes an der Oberfläche hängenbleibt. Es geht darum, den äußeren Schein zu verändern, Beispiele sind Kosmetik im Sinn von Makeup, Schönheitsoperationen oder Kleidung. In der Tiefenästhetik geht es um das tiefe sinnliche Empfinden und um die innere Schönheit des Menschen, die sich besonders in engen, tiefgehenden Beziehungen zeigt. Ein Bereich ist auch der Genuss, also die Fähigkeit, sich in hoher Achtsamkeit

auf etwas Schönes voll und ganz einzulassen, damit wir überhaupt tiefe Gefühle entwickeln können.

JR: Dieser Bereich Ihrer Forschung ist zu Corona-Zeiten also ein besonders wichtiger, da ja gerade bei Depression diese Art von Empfinden verloren gehen kann?

Musalek: Das ist die eine Seite unserer Forschung. Auf der anderen beschäftigen wir uns mit dem Menschen als Gemeinschaftswesen, der auf Kommunikation angewiesen ist. Und gerade in einer viralen Pandemie sind manche Kommunikationsmöglichkeiten eingeschränkt. Eines der größten Probleme der von der Regierung gesetzten Maßnahmen war, dass soziale Distanz bis hin zur sozialen Isolation gefordert wurde statt einer reinen körperlichen Distanz. Die soziale Distanz ist aber gerade in einer Krisensituation völlig kontraproduktiv, da wir nur gemeinsam eine solche bewältigen können. Dieses Beziehungsthema hat sich besonders deutlich in der digitalen Kommunikation gezeigt: Man konnte zwar miteinander sprechen, doch es gab keinen direkten Kontakt. Als Überbrückung ist das durchaus in Ordnung, aber nicht auf lange Sicht. Besonders in der Psychotherapie hat sich gezeigt, dass diese zwar online über digitale Medien machbar ist, aber ein Beziehungsaufbau ist auf diese Art kaum möglich. Digitale Medien können also keine echte Alternative, sondern nur eine Komplementärmethode sein. Denken Sie zum Beispiel an den Blickkontakt: Wenn ich über Zoom oder Teams oder eine andere Online-Plattform mit meinem Gegenüber kommuniziere, schaue ich es nie direkt an, weil die Kamera nicht mitten im Bildschirm liegt, sondern am oberen Rand – ich schaue quasi immer unter dem anderen durch. Direkter Blickkontakt ist aber für einen Beziehungsaufbau essenziell. Was aber selbstverständlich nicht heißt, dass es gut ist, dem anderen unentwegt in die Augen zu starren – wir brauchen auch das zeitweise Wegschauen. Schaut uns der andere aber nie an, dann verunsichert uns das.

Wir sind als sozial obligate Lebewesen auf direkten Kontakt angewiesen; wir lernen, wie das Miteinander funktioniert, können es aber auch zu einem gewissen Grad wieder verlieren. Es gibt nämlich bestimmte Zeitfenster für dieses Lernen und deshalb trifft die Pandemie jene jungen Menschen so stark, die gerade in dieser Phase des Lernens der Kontaktaufnahme sind. Dieses Fenster für Sozialkontakte geht um das achte Lebensjahr auf und schließt sich zwischen dem 18. bis 20. Lebensjahr wieder. Wenn sie es nicht in diesem Zeitraum lernen, entsteht ein riesiges Defizit, das den persönlichen Umgang mit anderen Menschen sehr erschweren kann. Wir kennen diese Probleme von Drogenkranken, die in diesem Alter aufgrund ihrer Sucht wenig bis keine engen sozialen Kontakte hatten. Es ist äußerst schwierig, in der Therapie zumindest einige dieser Defizite dann wieder wettzumachen.

JR: *Unsere heutige Gesellschaft tendiert zu Oberflächlichkeit und ist eher auf Äußerlichkeiten bedacht – welche Chance hat da die Tiefenästhetik?*

Musalek: Wir brauchen eine entsprechende Adjustierung beziehungsweise Fokussierung darauf – und eine entsprechende Haltung. Natürlich ist es einfacher, wenn man nur konsumiert, ohne sich auf etwas einzulassen; das wird uns besonders durch die digitalen Medien leicht gemacht. Doch alle Menschen haben ein Grundbedürfnis nach Geborgenheit, nach Sicherheit in einer unsicheren Welt, wir brauchen das Gemeinschaftserleben und den Kontakt mit anderen und genau das ermöglicht die Tiefenästhetik. Es gibt einen besonderen Gradmesser, ob jemand dieses Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit vermittelt, und das sind Kinder. Denken Sie an ein Geburtstagsfest: Manche Gäste werden höflich begrüßt, das Kind nimmt das Geschenk entgegen, bedankt sich und geht wieder. Andere Gäste dagegen werden mit großer Begeisterung begrüßt und das Geschenk scheint gar nicht so wichtig wie der Schenkende selbst. Alle diese Erwachsenen sind nett, aber Kinder spüren, ob andere ihnen tiefe Gefühle entgegenbringen oder eben nur Gast auf ihrer Geburtstagsfeier sind. Als Erwachsene verlernen wir dieses Spüren, bleiben oft an Oberflächlichkeiten hängen und erfahren leidvoll, dass alles nur Fassade war. Doch gerade heute geht es darum, dieses Fühlen und Spüren wieder zuzulassen, sich einzulassen, dafür brauchen wir aber Achtsamkeit und Zeit, die wir uns geben müssen. Und genau da liegt das Problem, denn unsere Welt ist viel zu schnelllebig und das hindert uns daran, diese Tiefenästhetik des Lebens wahrzunehmen: Wir kommen nicht an das, was wir wirklich wollen und brauchen.

JR: *Kann das auch an einem Zuviel von allem liegen – zu viele Informationen, Einflüsse, Eindrücke? Können wir das alles überhaupt noch verarbeiten? Wir trauen uns oft gar nicht, uns Zeit zu nehmen in der Angst, etwas zu verpassen oder den Anschluss zu verlieren...*

Musalek: Das ist richtig. Wir stehen vielen und hohen Anforderungen gegenüber, doch es ist nicht nur die Menge, sondern vor allem das ungeheure Tempo. Früher schrieb man einen Brief – allein das brauchte schon eine gewisse Zeit. Dann trug man ihn zur Post, die stellte den Brief zu, der Empfänger las den Brief und überlegte sich eine Antwort. Die schrieb er wiederum als Brief auf, schickte ihn weg und so weiter. Heute ist dieser Vorgang sowohl von der Menge der Worte als auch von der Zeitspanne her extrem geschrumpft: Nachrichten über SMS, WhatsApp und Co. sind schnell geschrieben und kurze Zeit später ist die Antwort da. Das ist extreme Akzeleration und wir haben gar keine Zeit, uns über Inhalt und Wortwahl großartig Gedanken zu machen. Wollen wir diesem Prozess

nicht einfach ausgeliefert sein, müssen wir entschleunigen, einen anderen Umgang mit den neuen Medien lernen: Wir können zum Beispiel Mails nur zu bestimmten Zeiten lesen und beantworten. Wenn ich das entsprechend kommuniziere, werden die anderen das auch verstehen und akzeptieren. Und ich komme endlich aus dieser Beschleunigung und diesem Druck heraus. Damit kann ich das Schöne wieder wahrnehmen und genießen. Wir müssen uns nur die Chance geben, das Schöne auch wirklich zu erleben.



© Inge Prader

Univ.-Prof. Dr. med. univ.
Michael Musalek ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie sowie Psychotherapeut. Seit 1993 gerichtlich beideter Sachverständiger für das Gebiet der Psychiatrie. Seit 1997 Tätigkeit als außerordentlicher Universitätsprofessor für Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien. Von 2004 bis Ende 2020 Ärztlicher Direktor des Anton-Proksch-Institut Wien. Seit 2015 Vorstand des Instituts für Sozialästhetik und Psychische Gesundheit der SFU Wien, seit 2019 Vorstand des Instituts für Sozialästhetik und Psychische Gesundheit der SFU Berlin. Seit 2021 ordentlicher Professor für Allgemeine Psychiatrie der Medizinischen Fakultät der SFU; derzeit Mitglied des Ethics Committee der European Psychiatric Association und Ehrenmitglied der World Psychiatric Association.

Der Mensch ist mehr als die Summe seiner Einzelteile

Dr. Andrea Braga

„Mens sana in corpore sano“, das wussten schon die Römer der Antike. Im Juli 1946 wurde in der Verfassung der WHO Gesundheit folgendermaßen definiert: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ Ein holistischer Ansatz, den auch der Mediziner und Chirurg Dr. med. Andrea Vincenzo Braga in seiner Arbeit umsetzt.

Janssen Report: *Sie betonen immer wieder die Wichtigkeit der holistischen Aspekte der Gesundheit von Körper, Geist und Seele – können Sie das näher ausführen?*

Andrea Braga: Der Mensch ist mehr als die Summe von biophysikalischen und biochemischen Prozessen, die in seinem Körper ablaufen, es gehören auch Geist und Seele dazu. Und nur wenn diese drei in Balance sind, geht es uns gut und wir sind voller Energie. Kränkelt jedoch einer dieser Bereiche, gerät einiges aus dem Gleichgewicht, was sich zuerst in Befindlichkeitsstörungen äußert: Uns geht es nicht gut, uns fehlen Kraft und Energie, wir haben vielleicht sogar Schmerzen, Verdauungs- oder Schlafstörungen und sind nicht motiviert. Gerät unser System noch weiter in Dysbalance und wir machen nichts dagegen, werden wir ernsthaft krank, was im schlimmsten Fall bis zum (frühzeitigen) Tod führen kann. Grundsätzlich bietet die Medizin ein breites Feld an Therapien, die den Menschen wieder gesund machen, ohne ihn mit allzu vielen Nebenwirkungen zu belasten. Doch leider vergisst die sogenannte westliche Schulmedizin mit allem Guten, was sie mit ihrer zunehmenden Subspezialisierung vollbracht hat, das immer wieder. Um kranken Menschen wirklich helfen zu können, müssen wir sie in ihrer Gesamtheit betrachten, das Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele wieder ausbalancieren und sie so heilen.

Aus der Psychosomatik wissen wir, dass es für Unwohlzustände bestimmte Indexsymptome gibt – und die haben ihren Weg sogar in unsere Sprache gefunden: ich ertrage das nicht, ihm ist etwas über die Leber gelaufen, ihr kommt die Galle hoch und anderes mehr. Dieses Index-Symptom ist oft kei-

ne einmalige Reaktion zum Beispiel auf ein Ärgernis, sondern kommt immer wieder oder kann dauerhaft werden. Ist dies der Fall, sollte man dem dringend auf den Grund gehen, denn körperliches Unwohlsein oder Krankheit belasten die Psyche und umgekehrt. Jetzt kommt unser Gehirn ins Spiel: Dessen Kommunikation mit unserem Körper basiert einerseits auf elektromagnetischen Wellen und andererseits auf chemischen (Kommunikations-)Prozessen. Dabei spielen Neurotransmitter eine besondere Rolle: Ist die Psyche angeschlagen, verursachen diese Neurotransmitter Entzündungen im Körper, beeinflussen signifikant das Immunsystem, welches sogar stark heruntergefahren werden kann, oder führen dazu, dass Autoimmunerkrankungen oder gar Krebs entstehen. Diese Abhängigkeit von körperlichem und geistig-seelischem Wohlbefinden äußert sich im Störfall vielfältig: So wird zum Beispiel die Impulskontrolle immer schwieriger, weil Adrenalin und Noradrenalin weiterhin produziert werden, aber durch mangelnde Bewegung nicht abgebaut werden können. Die Folge ist eine erhöhte Reizbarkeit und (Selbst-)Aggression.

Die Corona-Pandemie und die dagegen beschlossenen Maßnahmen haben die Situation vieler Menschen verschlimmert. Lockdown, Homeoffice und Homeschooling haben den Stress erhöht und den bereits vorhandenen Grad an Burnout, Depression oder Aggressivität noch verstärkt, wie auch die bekannten Probleme durch den Bewegungsmangel wie Nacken- und Rückenprobleme, Adipositas, Augenprobleme, etc. Und gerade hier zeigt sich wieder, wie wichtig die gesamtheitliche Betrachtung von Körper, Geist und Seele ist – und natürlich die gesamtheitliche Behandlung. Wir Ärzte dürfen uns also weder auf eine rein mechanische Behandlung versteifen

noch bloß auf Psychotherapie setzen. Die Balance von Körper, Geist und Seele ist wichtig und deshalb kann nur ein holistischer Ansatz sowohl in der Diagnostik als auch der Behandlung zielführend sein.

JR: Welche Rolle spielt der Geist, die mentale Stärke?

Braga: Eine sehr große. Besonders wichtig sind der Umgang mit einer Krankheit und vor einer Operation z.B. die Prähabilitation, also die Vorbereitung darauf. Das kann sowohl körperliches Training als auch Ernährung sein, doch besonders die geistige / mentale Einstellung ist wichtig. Eine positive Einstellung schafft beste Voraussetzungen für eine erfolgreiche Operation, fördert die Heilung und beschleunigt die Rehabilitation nachweislich. Es macht viel Sinn, dass man als Arzt den Patienten hier gut zuhört, ihn berät, begleitet und positiv unterstützt.

JR: Soll der Patient die Verantwortung an der Praxistüre/Spitalspforte abgeben?

Braga: Nein! Der Patient ist das zentrale Element (Subjekt) für eine erfolgreiche Therapie (egal ob konservativ oder interventionell) und Heilung. Der Arzt oder Chirurg kann nur einen Teil erledigen, das Heilen müssen die Natur, Zeit und der Patient übernehmen.

JR: Kann man die WHO mit ihrer holistischen Definition von Gesundheit als Vorreiter sehen?

Braga: Das kann man. Die westliche Schulmedizin ist bis heute eher als reparative und eher somatische Medizin zu sehen und hat nur wenig präventiven Charakter und die geistige und seelische Unversehrtheit haben es immer noch schwer, darin ihren gebührenden Platz zu finden. Die WHO hat jedoch schon vor sehr vielen Jahren einen ganzheitlichen Ansatz in der Betrachtung von Gesundheit definiert, der der Schulmedizin ja in keiner Weise widerspricht: In der Satzung der WHO wird Gesundheit definiert als „ein Zustand vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen“. Schließlich heißt „ganzheitlich“ nicht Wunderheilung oder „medizinisch nicht fundiert“, sondern eben den ganzen Menschen betreffend und nicht nur (kleine) gerade nicht funktionierende Teile.

Die WHO hat die Akupunktur bereits 1979 als legitime Behandlungsmethode in ihren Katalog aufgenommen, in Österreich ist das erst Mitte der 1980er Jahren geschehen. Doch zum Glück ändert sich diese Sichtweise langsam, denn „evidence based medicine“ ist nicht für alles, was Medizin und Heilung anbelangt, das Allein-seligmachende. Es gibt vieles, was wir mit unseren gängigen Methoden noch nicht beweisen



können. Ich agiere oft zweckmäßiger nach dem Motto „medicine based evidence“. Lassen Sie mich als Beispiel die bereits vorhin erwähnte Akupunktur heranziehen: Wenn ich jemandem eine Nadel setze und ich sehe einen sofortigen Erfolg beim Patienten, dann brauche ich keine Studie mit 10.000 Probanden, um zu beweisen, dass diese Nadel an diesem bestimmten Punkt bei einem bestimmten Problem hilft.

Man muss den Menschen zeigen, dass es verschiedene Wege und Möglichkeiten gibt und, dass viele Methoden kombiniert werden können. Wichtig ist jedenfalls das Prinzip, den Körper zur Aktivierung seiner Selbstheilungskräfte anzuregen: Das dauert vielleicht mitunter ein wenig länger, bis sich der Erfolg einstellt, aber meist dürfen wir weniger Nebenwirkungen erwarten und es ist meist nachhaltiger. Natürlich gibt es Ausnahmen wie (akute) chirurgische Probleme, Unfälle oder akute Notfälle: die muss ich sofort und mit modernen (westlichen) medizinischen Methoden behandeln, denn bei einem Darmdurchbruch oder einem Knochenbruch ist die rasche und effektive medizinische Hilfe oft lebensrettend.

JR: *Wie wichtig ist der holistische Ansatz in der Psychiatrie?*

Braga: Genauso wichtig wie in allen anderen medizinischen Bereichen. Nehmen wir zum Beispiel Burnout oder Depression: Für die Behandlung muss ich auf jeden Fall nicht nur die seelische, sondern auch die geistige und die körperliche Befindlichkeit des Patienten betrachten und ihre Wechselwirkung berücksichtigen: So kann hoher Druck im Job Rückenschmerzen oder Migräne auslösen. Es kann aber auch umgekehrt sein – Stress und Schmerzen lösen die Depression oder das Burnout aus. Ich muss also alle Aspekte evaluieren und kann erst dann die Behandlungsform bestimmen. Und auch dabei muss ich als Arzt genau überdenken, ob nicht vielleicht eine Kombination am besten wäre, also etwa eine Gesprächstherapie in Verbindung mit der Akupunktur und / oder Medikamenten. Oft verordne ich zusätzlich sogar leichte Bewegung oder Training. Ich muss mir jedenfalls den Patienten in seiner Gesamtheit und mit seinen Bedürfnissen anschauen – dazu muss ich mir Zeit nehmen, mich auf den Menschen einzulassen und vor allem mich für ihn interessieren.

JR: *Sie gelten als einer der Pioniere der Telemedizin und sind Mitbegründer der virtuellen Arztpraxis »eodoctors«: Können Sie uns darüber etwas mehr erzählen?*

Braga: Telekonsultation ist in vielen Ländern schon seit langem ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Betreuung, in Österreich seit etwa drei Jahren. Telefonische Konsultationen haben manche Ärzte zwar schon länger gemacht, aber mit den neuen Medien ergeben sich ganz andere Anwendungsmög-

lichkeiten. Warum Telemedizin meiner Ansicht nach so wichtig ist? Wir wissen – auch die Ärztekammer weiß das und weist immer wieder darauf hin –, dass der Ärztemangel immer mehr zum Problem wird. Das hat sich ganz besonders während der Corona-Pandemie gezeigt. Zusätzlich zu den heutigen Arbeitsvorstellungen junger Ärzte und Ärztinnen hat sich auch die Gesellschaft verändert: Lange Anfahrtswege und Wartezeiten sind in unserer schnelllebigen Zeit unerwünscht, noch dazu, wenn man dann höchstens fünf Minuten Zeit für das Gespräch mit dem Arzt hat. Also warum nicht mit dem Medizin machen, was wir im Hosensack haben, nämlich unser Smartphone?

Durch mehr und verbessertes, schnelleres Internet ist das heute kein Problem, also warum sollte man sich das nicht zunutze machen und so eine „win-win-win“-Situation für Ärzte, Patienten und das Gesundheitssystem erzielen?

Die von mir mitbegründete virtuelle Arztpraxis „eodoctors“ ist so ein Angebot: Die Ärzte stehen den Patienten und Patientinnen telefonisch oder über Videocall sieben Tage pro Woche von 8 bis 21 Uhr für medizinische Fragen zur Verfügung. Es gibt keine Terminvereinbarung, keine Anfahrtswege, keine Wartezeit und natürlich keine Infektionsgefahr, was gerade in Zeiten von Corona für viele ein besonders wichtiger Faktor ist. Um das Angebot in Anspruch nehmen zu können, braucht man nur die kostenlose eodoctors-App auf sein Mobiltelefon herunterladen, die Daten der Kreditkarte oder des Voucher Codes einer unserer Partnerversicherungen eingeben und schon kann man einen Arzt konsultieren.

Lassen Sie mich ein anderes Beispiel bringen:

Gerade bei komplexeren Situationen, in denen die effiziente interdisziplinäre Arbeit, gerade auch in der Interaktion verschiedener Institutionen, wichtig ist, können moderne telemedizinische Prozesse eine massiv intelligentere Nutzung aller Ressourcen bedeuten.

Wir müssen alle unsere gewohnten Prozesse und „Reflexe“ komplett überdenken. In der heutigen Zeit ist es weder akzeptabel noch gescheit, Patientendaten in Silos aufzubewahren, mit unmöglichen bürokratischen Hürden zu „schützen“ und unnötige und teure Mehrfachuntersuchungen zu provozieren, den Patienten herumzuschicken und überall warten zu lassen („patientia“) ... In der Regel ist es gescheiter, die heutigen, sicheren Technologien zu nutzen nach dem Motto: „move the data, not the patient“!

JR: *Wie wichtig ist Telemedizin vor allem im Bereich psychischer Erkrankungen?*

Braga: Ebenso wichtig wie in jedem anderen medizinischen Bereich. Ich kann genauso einen Befund erheben, eine Diagnose erstellen und eine Therapie einleiten. Durch „Face-time“, wie das heute so schön heißt, höre ich den Patienten nicht nur, sondern sehe ihn auch; über seine Mimik und seine Körpersprache vermittelt er mir das gleiche Bild, wie wenn er in der Praxis sitzen würde. Aber ich erspare ihm Weg und Zeit, was besonders in dringenden Fällen von unschätzbarem Wert ist. Doch auch hier gilt: „safety first“. Bin ich mir nicht sicher, muss der Patient dem Psychiater oder Psychologen einen persönlichen Besuch abstatten, genauso wie bei somatischen Problemen. Wir arbeiten in diesem Zusammenhang gerade mit der Psychiatrischen Uniklinik Zürich zusammen, wo wir einen telemedizinischen Service für die Akut-Psychiatrie aufziehen. Die Ärzte und Ärztinnen, die dort telemedizinisch arbeiten, haben übereinstimmend festgestellt, dass es einen digitalen Prozess für einen niederschweligen Dienst braucht, um in einer akuten Krise oder bei einer Frage bezüglich der Medikation oder bei Nebenwirkungen und Medikamenteninteraktionen rasch und gezielt zu helfen und nicht Wochen danach bei einem realen Termin. Da hilft eine kurze Intervention hervorragend. So wie sich generell gezeigt hat, dass kurze Interventionen in kurzen Abständen hilfreicher sind als ein Termin in der Praxis alle sechs Wochen oder drei Monate.

JR: Welche Vorteile hat Telemedizin für die Ärzte?

Braga: Die Ressourcenknappheit habe ich schon angesprochen. Die jungen Ärztinnen und Ärzte haben ein anderes Berufs- und Arbeitsbild. Die Work-Life-Balance (ich bevorzuge den Begriff Work-Life-Integration) ist zentral geworden. Dazu kommt, dass im gesamten medizinischen Bereich, nicht nur in der Psychiatrie, immer mehr Frauen tätig sind, die Teilzeit arbeiten wollen und auch eine Familienzeit haben wollen. Somit haben wir, bei gleichem „headcount“, weniger Vollzeitäquivalente. Hier braucht es neue, attraktive Arbeitsmodelle, die erlauben, die vorhandenen und nicht so schnell aufstockbaren ärztlichen Ressourcen intelligenter einzusetzen.

Auch in der Familienzeit können (meist) Ärztinnen von zuhause aus ein paar Stunden arbeiten. Die Ärztin bleibt außerhalb fachlich fit und steht weiterhin als (kurative) ärztliche Ressource zur Verfügung.

Ärzte und Ärztinnen, die ihre Praxis wegen Pensionierung aufgeben, können so ebenfalls noch weiterarbeiten, wenn sie das wollen. Sie können so ihre unschätzbare Erfahrung weiter für Patienten zur Verfügung stellen, ohne eine Praxis betreiben zu müssen. Alle diese Punkte helfen, die ärztlichen Ressourcen in Zukunft intelligent und patientenorientiert ein-



zusetzen, und tragen wesentlich dazu bei, das Problem des Ärztemangels zu entschärfen.

JR: Fachärzte aus der Psychiatrie und der Psychologie sprechen immer wieder davon, wie wichtig der persönliche Kontakt mit ihren Patienten ist.

Ja, dieser Kontakt ist wichtig und natürlich der „Idealzustand“. Wenn es die Umstände erlauben, ist das großartig für beide Seiten. Doch wenn nicht? Was ja leider häufig ist ...

Im Endeffekt ist es wichtig(er), dem Patienten sofort helfen zu können und zu vermeiden, dass ein akutes Problem nicht angegangen wird und bis zum nächsten möglichen realen Termin zu einem signifikanten Problem wird, allenfalls sogar zum Suizid führen kann.

Gerade die Video-Konsultation erlaubt, einen persönlichen Kontakt, auch im „Notfall“, herzustellen.

JR: Wo liegen die Grenzen der Telemedizin?

Die liegen in den haptischen Bereichen; wenn ich zum Beispiel Akupunktur einsetze, kann ich das nur sehr begrenzt

über Telemedizin machen. In der Psychiatrie sehe ich aber kaum Grenzen. Außer möglichen technischen Limitationen oder Problemen mit Hardware, Internet, etc. oder patienten-seitig, wenn ein Patient sein Mobilgerät nicht bedienen kann oder das Umfeld des Patienten gerade nicht erlaubt, ein ungestörtes Gespräch zu führen.

JR: Welche Verbesserungen sind in der Telemedizin möglich und notwendig?

Braga: Technik und Services sind immer erweiterbar und ausbaufähig. Vielleicht schaffen wir es auch noch, den Geruchssinn einsetzen zu können. Die Messung von Vitalparametern wie etwa die Herzratenvariabilität, Blutdruck, Blutzucker, etc. ohne zusätzliche Peripheriegeräte, also direkt vom Smartphone, ist ein großer Fortschritt. Es tut sich hier auch bereits einiges.

Die zunehmend raffinierten Systeme mit künstlicher Intelligenz könnten Symptome und Befunde (z.B. Hautveränderungen) noch präziser beurteilen.

Im Bereich der chronischen Erkrankungen gibt es noch sehr viel Potenzial, um das Disease-Management noch besser und effizienter zu machen, nicht nur die Medikamenten-Erinnerung.

Was unbedingt rasch verbessert werden muss, ist die Tarifierung. Die telemedizinischen Leistungen müssen in den Versicherungskatalogen vernünftig abgebildet und fair abgegolten werden. In den meisten Systemen werden reparative Einzelpositionen gut honoriert, das ärztliche Gespräch und die körperliche Untersuchung hingegen (ja, das geht auch gut in der Videokonsultation) meistens sehr bescheiden. Viele der möglichen telemedizinischen Leistungen sind bisher gar nicht verrechenbar, darum werden sie auch oft nicht gemacht. Es braucht hier ein grundlegendes Umdenken und wahre Innovation, gerade im Bereich digitaler Prozesse, und nicht nur die Elektronifizierung von herkömmlichen analogen Prozessen. Der Nutzen für den Patienten muss im Zentrum stehen und eben alle Ressourcen intelligent eingesetzt werden.



Dr. med. Andrea Vincenzo Braga, MBA ist Mitgründer und CEO von eedoctors und Facharzt für Chirurgie, Allgemeinmediziner sowie Sportarzt mit eigener holistischer Praxis in Gießhübl bei Wien. Er ist zudem Vizepräsident der Telemed Austria und SGTMeH sowie Dozent an der Universität Zürich, Medizinischen Universität Wien sowie der FH St. Pölten, Sprecher und Key-Note Speaker an vielen Kongressen.

© Andrea Vincenzo Braga

Wir werden immer stärker von den Medien und einer Gesellschaft, die wir nicht mehr greifen können, in eine Richtung gedrängt

Prof. Dr. BM.a.D. Andrea Kdolsky

Andrea Kdolsky, ausgebildete Fachärztin für Anästhesiologie, Intensivmedizin sowie Schmerztherapie und von 11. Jänner 2007 bis 2. Dezember 2008 österreichische Gesundheits- und Familienministerin, über die Wichtigkeit der Prävention, Gütesiegel für Computerspiele und den Einfluss sozialer Medien.

Janssen Report: *Die mentale Gesundheit ist nicht zuletzt durch die Pandemie deutlich in den Fokus gerückt. Wie beurteilen Sie aus diesem Aspekt heraus die Entwicklung im heimischen Gesundheitswesen?*

Andrea Kdolsky: In den letzten 20 Jahren ist diesbezüglich wirklich sehr viel passiert. Aber wie so oft im Gesundheitswesen mitunter nur in winzigen Schritten, etwa im Bereich der Rehabilitation bei Kindern. Wir hatten in Österreich lange Zeit kein gesondertes Rehabilitationszentrum und -konzept für unsere Kinder. Auf die besonderen Bedürfnisse, insbesondere im Mental-Health-Bereich, wurde zunächst zu wenig eingegangen, das dauerte zu lange. Mittlerweile dürfen wir uns hier über zahlreiche positive Entwicklungen freuen, auch was die Einstellung der Bevölkerung betrifft. Wenn Herr und Frau Österreicherin heute „Mentale Gesundheit“ hören, denken sie nicht mehr sofort an Irrenhaus und Elektroschocks. Das ist schon ein wesentlicher Punkt. Im Land von Sigmund Freud. Als ich Chefin der Landeskliniken-Holding war, um die Jahrtausendwende herum, begann man schön langsam, die psychiatrischen Einrichtungen in die Spitäler miteinzubeziehen. Vorher waren das ganz streng in sich geschlossene Anstalten. Parallel zu dieser Öffnung änderte sich auch die Einstellung der Bevölkerung.

JR: *Ähnliches trifft vermutlich auf die Psychotherapie zu, die ebenfalls lange als Tabuthema galt.*

Kdolsky: Korrekt. Diese Bereitschaft, sich in schwierigen, psychisch belastenden Situationen Hilfe zu holen, ist stark gestiegen. Der nächste Step war dann die Psychotherapie auf Kasse, ein komplexes Thema, das mich als Ministerin auch stark beschäftigte. Einerseits willst du den Fortschritt in der mentalen Gesundheit selbstverständlich fördern, andererseits konnte man schon eine Art „Trend“ erkennen, mit Blick nach Amerika. Die gelangweilte MillionärsGattin, die jemanden zum Reden braucht. Keine Diskussion dulde ich indes bei der notwendigen therapeutischen Intervention für Kinder und Jugendliche. Wir verfügen über ein offenes Gesundheitssystem, in dem Geld in solchen Fällen keine Rolle spielen darf.

JR: *Wobei dies nicht nur junge Menschen betrifft.*

Kdolsky: Gutes Stichwort. Sprechen wir über die Prävention, die ja bei der mentalen Gesundheit besonders wichtig ist. Prävention vor Demenz, bei verschiedenen kognitiven Fähigkeiten, hier fehlt es an Konzepten. Man kann natürlich das Glück haben, in einer teuren privaten Seniorenresidenz untergebracht zu sein, wo regelmäßig Merkfähigkeitsspiele gespielt

und Sudokus gelöst werden. Aber darüber hinaus mangelt es an Möglichkeiten, wir stehen da noch am Anfang. Viele Expertinnen und Experten vertreten die Ansicht, dass die „moderne Zeit“, die Digitalisierung und all das, was uns eigentlich als Hilfsmittel dienen soll, manchmal unserem Geist auch schadet. Um eine Schlagzeile der „Zeit“ zu zitieren: „Wir werden immer dümmere“, weil wir natürlich bequemer werden, nicht mehr nachdenken.

JR: *Und zum Beispiel keine Telefonnummern mehr auswendig wissen, weil diese sowieso am Smartphone gespeichert sind.*

Kdolsky: Als Jugendliche kannte ich sicher 20 oder 30 Telefonnummern auswendig. Jetzt schaffe ich mit Mühe und Not meine eigene. Oder wenn ich mit Freundinnen zusammen sitze und uns der Name eines bestimmten Schauspielers nicht einfällt, dann zücken acht Menschen ihr Handy und öffnen Google oder Wikipedia. Früher dachten wir halt darüber nach. Es beginnt aber schon davor, die Schule ist da klarerweise ein wichtiger Faktor. Wenn du zum Beispiel Gedichte lernst. Das ist so eine Geschichte der Merkfähigkeit, bei der zusätzliche Hirnareale aktiviert und am Laufenden gehalten werden. Heute gibt es eine Art „Verbot“ in der Schule, dass die Schüler sozusagen gar nichts mehr auswendig lernen dürfen. Du darfst nicht mehr als eine Schularbeit in der Woche machen, du musst alles ankündigen, was geprüft wird, darfst übers Wochenende keine Hausaufgaben geben. Das alles dient natürlich nicht unbedingt dazu, das Hirn zu trainieren.

JR: *Nicht nur in der Schule, auch bei der Freizeitgestaltung hat sich einiges geändert.*

Kdolsky: Wir kamen vom Unterricht nach Hause, haben die Schultaschen ins Eck gepfeffert und die Mutter rief uns nach: „Wenn es dunkel wird, seid ihr wieder daheim!“ Was wir wo machten, wusste sie nicht, es gab diese Kontakt-Apps noch nicht, welche das Kind minuziös verfolgen. Das war so ein Vertrauensgrundsatz. Und wir haben uns „ausgelüftet“ dabei. Heute ist es manchmal gar nicht mehr lustig, Kind zu sein. Du kannst kaum einen Schritt gehen, ohne in irgendeiner Form überwacht zu werden. Aber oft wollen die jungen Menschen auch gar nicht mehr rausgehen, sondern viel lieber in ihrem Zimmer herumsitzen, bei ihren Videos und Computerspielen.

JR: *Ein Bereich, dem Sie als Gesundheits- und Familienministerin viel Aufmerksamkeit schenken.*

Kdolsky: Und da wird es spannend. Wir hatten im Ministerium eine eigene Abteilung, die sich mit der Qualität von Computerspielen auseinandergesetzt hat, wir entwickelten eine Art Branding, ein Gütesiegel für Computerspiele. Ich bin ja

jetzt niemand, der sagt, es gehört alles verbannt. Die Zeit zurückdrehen kann man sowieso nicht, die Entwicklung lässt sich nicht aufhalten. Aber man kann im Sinne dieser Mental-Health-Prävention etwa solche Computerspiele entwickeln, die dieses Gehirntraining sehr wohl aktivieren. Das kann man für junge und alte Menschen aufbauen. Wenn das entsprechend entwickelt wird und psychologische Beachtung erfährt, kann es sich sehr positiv auswirken. Wir bekamen viel gutes Feedback, auch seitens der Games-Community.

JR: *Da drängt sich wieder das Thema Pandemie auf. Und die Frage, was die Eltern eigentlich gemacht haben mit ihren Kindern, als diese im Lockdown mehr oder weniger zu Hause eingesperrt waren. Einige werden sie vielleicht einfach vor den Fernseher oder die Playstation gesetzt haben: Lass mich bloß in Ruhe, ich muss Homeoffice machen!*

Kdolsky: Das taten sie aber auch schon vor und nach der Pandemie. Wir haben ein neues Verständnis von Eltern. Meine Mutter hat noch gemeint: Ich habe 18 Jahre mein Leben aufgegeben, weil ich nur für dieses Kind da bin. Und ein wenig für meine Berufstätigkeit, weil ich muss das Kind ja finanzieren. Während die heutigen Eltern sagen: Ich möchte auf nichts verzichten. Die fliegen auf die Malediven zum Tauchen. Egal, ob dem vier Monate jungen Kind dort vielleicht einiges nicht guttut. Das Essen, die Hitze ... Als Ärztin habe ich immer vor solchen Reisen gewarnt. Und etwas provokant den „Elternführerschein“ verlangt. Fürs Autofahren brauchst du auch den Führerschein. Aber Kinder kannst du einfach so bekommen, obwohl es eine der heikelsten Geschichten ist, wenn es sich in die falsche Richtung entwickelt. Und ein nicht zu geringer Teil entwickelt sich in die falsche Richtung.

JR: *Inwiefern?*

Kdolsky: Bleiben wir bei Ihrem Beispiel mit der Pandemie. Die Kinder alleine fernsehen lassen. In Wahrheit darfst du überhaupt nicht weggehen dabei, weil das kleine Kind alleine mit dem Film gar nichts anfangen kann. Nicht einmal, wenn er ein Gütesiegel hat. Selbst „Bambi“ ist wahnsinnig brutal, immerhin kommt die Mutter vom Bambi im Kugelhagel um und das Bambi ist alleine, wird vom Vater verstoßen. Zumindest anfänglich. Alle heulen und weinen, wenn das arme Bambi alleine durch den Wald rennt ... Wenn du solche Geschichten mit einem Kind nicht bearbeitest, nicht mit ihm drüber sprichst und auch erkennst, wo die Ängste liegen, dann schaffst du da unglaubliche psychische Belastungen, die natürlich schnell in die Panikattacke münden können.

JR: *Immer mehr Einflüsse stürmen immer rascher auf uns und unsere Kinder ein.*

Kdolsky: Alles wird rasant schneller, undurchschaubarer. Wir werden immer stärker von den Medien und einer Gesellschaft, die wir nicht mehr greifen können, in eine Richtung gedrängt. Man erzählt uns, was wir angeblich benötigen, um bestehen zu können. Wie wir aussehen und ticken müssen. Als Familien- und Jugendministerin habe ich mich sehr stark dafür eingesetzt, dass bei Werbungen festgehalten werden muss, wenn sie mit Photoshop bearbeitet wurden. Weil wir herausfanden, dass die Figuren, die zum Teil auf solchen Plakaten zu sehen sind, im normalen Leben gar nicht sein können. Da passte oft schon alleine der Körperbau nicht zusammen. Aber eine Zwölfjährige erkennt das vielleicht noch nicht. Und sie sieht dann Formate wie diese Modellsendung von der Frau Klum, die einem ein Meter-neunzig großen Mädchen, das 63 Kilo wiegt, erklärt, dass sie so dick ist. So hast du dann die ganzen Essstörungen. Natürlich unterscheiden wir zwischen der Bulimie und der Anorexie, bei der oft Gewalt dahinter steckt, und diese passiert nicht selten in der eigenen Familie. Die Bulimie indes trifft oft Normalgewichtige, die dann so viel essen wie nur möglich, um es, pardon, wieder herauszukotzen. Mit der Zeit wird bei diesen jungen Menschen alles kaputt, vom Zahnaufbau über den Stoffwechsel bis hin zu Speiseröhrenverletzungen.

JR: *Da müssen wir jetzt über die sozialen Medien sprechen, bei denen der Trend eindeutig in zwei Richtungen geht. Zum einen zum Bewegtbild, Texten wie etwa in einer E-Mail brauchen die Jungen ja gar nicht mehr, zum anderen wird auch die Dauer immer kürzer. TikTok zeigt uns: Fünf Sekunden bekommt ein Jugendlicher gerade noch so hin. So eine gute alte Sitcom ist für den bereits ein Lang-Format. Wo geht diese Entwicklung hin, wo orten Sie hier Gefahren?*

Kdolsky: Wir verlieren die Sprache. Das tut mir ganz besonders weh, ich liebe die Sprache. Gerade in der deutschen Sprache kann man sich mit unglaublich vielen verschiedenen Wörtern, die wir von einem Wortstamm ableiten können, behelfen, um genau das auszudrücken, was man meint. Deswegen kommt es auf sozialen Medien so oft zu Streitereien, die nicht notwendig wären, wenn man den richtigen Ausdruck bringen würde oder sich die Zeit nähme, die gesamte Diskussion zu lesen. Aber viele User lesen eben nur das, was unmittelbar davor und danach steht, und schaffen es nicht, mehr als drei Sätze aufzunehmen. Und diese Sätze sind noch dazu sehr einfach gehalten. Keiner weiß mehr, was du meinst, wenn du statt „gehen“ den Begriff „stolzieren“ verwendest. Dieses Wort sagt aber so viel, du hast in der Sekunde ein Bild dazu und weißt, was ich damit ausdrücken will.

JR: *Was wären also abschließend die wichtigsten Schritte in naher Zukunft zum Thema „Mentale Gesundheit“, wo sollte man ansetzen?*

Kdolsky: In der Prävention. Und zwar in einem ersten, allerersten Schritt in der Prävention der mentalen Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen. In einem nächsten Schritt in der konzertierten Prävention für ältere Menschen, auch im Sinne des Vorbeugens gegenüber Demenzerkrankungen in vielen Bereichen. Der zweite große Bereich wäre dann der Ausbau der psychotherapeutischen, psychologischen Einrichtungen, breiter und finanziell durch die Öffentlichkeit getragen. Und der dritte Bereich ist meines Erachtens nach das Neudefinieren von Berufsgruppen und damit einhergehend die Verrechnungsmöglichkeit durch die Kassen. Um hier eine neue Betreuungsebene zu schaffen, etwa auch für die Gewaltprävention oder für die soziale Arbeit, ein ganz wichtiges Thema.

Die Corona-Pandemie und die dagegen beschlossenen Maßnahmen haben die Situation vieler Menschen verschlimmert. Lockdown, Homeoffice und Homeschooling haben den Stress erhöht und den bereits vorhandenen Grad an Burnout, Depression oder Aggressivität noch verstärkt, wie auch die bekannten Probleme durch den Bewegungsmangel wie Nacken- und Rückenprobleme, Adipositas, Augenprobleme, etc. Und gerade hier zeigt sich wieder, wie wichtig die gesamtheitliche Betrachtung von Körper, Geist und Seele ist – und natürlich die gesamtheitliche Behandlung. Wir Ärzte dürfen uns also weder auf eine rein mechanische Behandlung versteifen

Dr. Andrea Kdolsky, MBA,
Institutsleiterin des Instituts für
Gesundheitswissenschaften an der
FH St. Pölten

Wir brauchen dringend mehr Fachärzte

Prim. Dr. Christa Rados

Jeder dritte Österreicher ist durchschnittlich einmal pro Jahr mit einer psychischen Erkrankung konfrontiert. Doch um jeden adäquat behandeln zu können, braucht es mehr Ärzte. Vor allem Kassenärzte sind „Mangelware“, weiß Prim. Dr. Christa Rados, Vorstand der Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin am LKH Villach.

Janssen Report: *Laut WHO sind psychische Erkrankungen auf dem Vormarsch. Eine Forderung, dieser Entwicklung entgegenzuwirken, ist, die Lebenswelten der Menschen und ihre Lebenskompetenzen durch systematische und strukturierte Maßnahmen zu gestalten bzw. zu stärken. Was genau kann man sich darunter vorstellen, wie sollen diese Maßnahmen aussehen?*

Christa Rados: Bevölkerungsbasierte Daten zeigen, dass über die letzten 20 Jahre die Zahl der psychischen Erkrankungen insgesamt ziemlich konstant geblieben ist. Auf Österreich bezogen konnten wir jedoch eine Zunahme psychischer Beschwerden seit der Covid-Pandemie feststellen. Aus den Aussagen verschiedener Fragebogen-Untersuchungen werden diese Daten laufend aktualisiert.

Die WHO prognostiziert seit vielen Jahren, dass psychische Krankheiten, allen voran die Depression, zukünftig in Bezug auf die Krankheitslast weltweit eine größere Rolle spielen werden. Das hat wohl einerseits damit zu tun, dass heute mehr Menschen mit psychischen Krankheiten zum Arzt gehen und dass die Krankheitsbilder präzise diagnostiziert werden können. Was früher vielleicht als berufsbedingte spezifische Müdigkeit betrachtet wurde, kann so eindeutig als Depression erkannt werden. Andererseits zieht die Prognose der WHO auch in Betracht, dass global betrachtet andere Krankheiten in den Hintergrund treten werden. Das betrifft etwa onkologische Erkrankungen, zumindest was die Letalität betrifft, oder Anämien sowie HIV in einigen Ländern. Aufgrund dieser Verschiebungen rücken die psychischen Erkrankungen in den Vordergrund. Die WHO-Szenarien gehen jedenfalls davon aus, dass psychische Erkrankungen künftig eine größere

Rolle als bisher spielen werden. In Ländern mit weniger dichten Gesundheitssystemen und schlechten hygienischen Voraussetzungen stehen allerdings weiterhin andere Gesundheitsprobleme im Vordergrund. Auf lange Sicht werden die psychischen Erkrankungen laut WHO-Prognose auch in diesen Ländern eine andere Bedeutung erlangen.

JR: *Wie können wir uns nun die Gestaltung unserer Lebenswelten, dass wir uns darin wohlfühlen, vorstellen?*

Rados: Maßnahmen müssen je nach Land oder Gebiet unterschiedlich aussehen und strukturiert sein, globale Maßnahmen kann man wohl kaum bis gar nicht setzen, weil die bestehenden Lebenswelten in hochindustrialisierten Ländern ganz anders aussehen als in landwirtschaftlich geprägten oder in solchen, wo es überhaupt erst gilt, ein medizinisches Versorgungsnetz für psychische Erkrankungen zu etablieren. Die Gestaltung der Lebenswelten ist aber ein interessantes Thema: In der westlichen Welt scheint sich ein zunehmendes Bedürfnis zu manifestieren, dass die Welt vorrangig so gestaltet sein soll, dass ich mich individuell wohlfühle. Primär betrifft das vor allem den Arbeitsplatz: Der „Wohlfühlfaktor“ am Arbeitsplatz ist in den letzten 15 bis 20 Jahren so richtig zum Thema geworden. Es gibt die ausgesprochene Forderung nach einer angenehm gestalteten Lebens- und Arbeitswelt. Dieser Trend hat aber auch eine Kehrseite, denn er bedingt wahrscheinlich eine erhöhte Vulnerabilität auf Belastungen. In Europa leben wir in hochentwickelten Sozialstaaten mit guten Gesundheitssystemen, auch wenn es Ecken und Kanten und Verbesserungsmöglichkeiten gibt; Wir haben ein recht gutes Netz an Krisendiensten und -zentren in Österreich, das während der Covid-Pandemie mit zusätzlichen Hotlines weiter ausgebaut

wurde. Wir haben zwar nicht alles perfekt geregelt, sind aber gut aufgestellt.

JR: *Was können die Auslöser für ein Ansteigen der Zahl psychischer Erkrankungen sein?*

Rados: Wie bei jeder Krankheit gibt es auch in der Psychiatrie bestimmte vulnerable Gruppen. Haben Menschen sichere Bindungen, ein tragfähiges soziales Netzwerk, materielle Sicherheit und eine liebevolle Kindheit können sie das als Resilienzfaktoren verbuchen. Fehlen diese Dinge, oder sind Menschen mit genau dem Gegenteiligen konfrontiert, haben sie entsprechende Risikofaktoren in ihrem Leben. Es gibt interessante neue Ansätze zum Thema Social Support und Social Networking. Das ist vor allem in den USA und Großbritannien ein aktuelles Forschungsthema. Es geht darum, die Erkenntnis, dass soziale Netzwerke wichtige Schutzfaktoren vor psychischen Erkrankungen sind, vermehrt in die Realität umzusetzen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die zunehmende Problematik der Einsamkeit, die in unserer Gesellschaft immer stärker in den Vordergrund tritt und so als Risikofaktor spürbar wird. Die Verfügbarkeit und die Qualität sozialer Netzwerke können dem entgegenwirken. Ansätze, diese auszubauen und systematisch abrufbar zu machen,

können in Form von Peer-Groups oder durch ehrenamtliche Engagements aus der Community gefördert werden. Es sollten dabei nicht zwingend neue kostenintensive Berufsgruppen entstehen. Es gibt zum Beispiel ein interessantes Projekt der Mayo-Klinik in den USA: Da werden Menschen eingeladen, ihre persönlichen sozialen Netzwerke zu definieren und über Apps zu pflegen und abrufbar zu machen.

JR: *Wie sieht die derzeitige Versorgung psychisch kranker Menschen in Österreich aus? Gibt es Unterschiede je nach Erkrankung?*

Rados: Es gibt verschiedene Stufen der Versorgung: Die stationäre Versorgung deckt den akuten, intensiv behandelungspflichtigen Bereich ab. Die ambulante und extramurale Versorgung besteht vorrangig aus niedergelassenen Ärzten sowie anderen einschlägigen Berufsgruppen wie Psychologen und Psychotherapeuten. Sozialpsychiatrische Einrichtungen, die meist über ein multidisziplinäres Team verfügen, richten sich eher an Menschen mit erhöhtem und komplexem Betreuungsbedarf.

Grundsätzlich gibt es also Versorgung für alle, allerdings in sehr unterschiedlicher regionaler Verteilung und nicht über-



all im ausreichenden Maße. Auch das das Aufsuchverhalten ist sehr unterschiedlich: So ist die weibliche Bevölkerung besser versorgt als die männliche, weil Frauen eher medizinische Hilfe suchen als Männer. Das ändert sich zum Glück zwar langsam, aber gerade bei psychischen Problemen dominiert das weibliche Geschlecht, wenn es darum geht, einen Arzt zu konsultieren.

Manchmal sind es auch die psychischen Erkrankungen selbst, die in sich eine Barriere darstellen – wenn zum Beispiel soziale Ängste eine große Rolle spielen. Das hat man besonders stark während der Pandemie gesehen: Patienten mit Angststörungen haben sich aus Sorge vor einer Ansteckung noch weniger als sonst getraut, Hilfe zu suchen. Auch Demenzpatienten sind rasch in einen unterversorgten Zustand geraten. Und manchen fehlt schlicht die Krankheitseinsicht: Wenn ein Psychose-Patient überzeugt ist, dass seine paranoiden Wahrnehmungen tatsächlich Realität sind, dann wird er den Rat seines Umfeldes oder Hausarztes, zum Psychiater zu gehen, nicht befolgen, weil er findet, dass das nicht die richtige Lösung für sein Problem ist.

JR: *Wer ist aller in die Behandlung psychisch kranker Menschen involviert? Wie belastet und gefährdet sind diese Berufsgruppen?*

Rados: Gerade im ländlichen Bereich sind oft die Hausärzte die erste Anlaufstelle. Unterschiedliche Berufsgruppen sind auf die Behandlung psychischer Krankheiten spezialisiert. Psychiater sind Fachärzte für Psychiatrie und haben ein Medizinstudium sowie eine 6-jährige Facharztausbildung absolviert, die neben den medizinischen Inhalten auch eine komplette Psychotherapieausbildung inkludiert. Klinische Psychologen haben ein Psychologiestudium sowie eine praktische Ausbildung vorzuweisen. Ihre Kompetenzen umfassen Diagnostik, Beratung und Behandlung, jedoch nicht mit Medikamenten oder anderen medizinischen Methoden. Dann gibt es noch die Psychotherapeuten, eine sehr heterogene Gruppe, was den klinischen Hintergrund und die Ausbildung betrifft. Nicht alle sind erfahren im Umgang mit psychisch kranken Menschen und auch nicht jede Psychotherapiemethode verfügt über die gleiche Evidenz, was die Wirksamkeit der Therapie betrifft. Psychotherapie ist ein breites Gebiet und umfasst nicht nur die Krankenbehandlung, sondern auch Bereiche wie Persönlichkeitsfindung, Paartherapie, Potentialentwicklung etc. Die Behandlung von psychisch kranken Menschen sollte neben der ärztlichen Behandlung Psychologen oder Psychotherapeuten vorbehalten sein, die auch eine entsprechende klinische Ausbildung und Erfahrung vorweisen können. Sonst droht unter Umständen die Gefahr von Fehldiagnosen oder einer unzureichenden Behandlung.

Auch die verschiedenen Psychotherapie-Schulen sind unterschiedlich zu bewerten, zum Beispiel ist Verhaltenstherapie bei Angststörungen evidenzbasiert die beste Therapie. Hilfreich wären deutliche Differenzierungen, anhand derer abzulesen ist, wer was leisten kann. Aber vielleicht gibt es dazu ja auch Neuigkeiten im gerade in Bearbeitung stehenden Psychotherapiegesetz.

Nicht hilfreich ist es jedenfalls, Berufsgruppen gegeneinander auszuspielen, weil es in unserer herausfordernden modernen komplexen Welt viel wichtiger ist, Kooperationen und Netzwerke herzustellen. Ein schwerwiegendes Problem ist der Mangel an psychiatrischen Fachärzten. Je weniger Fachärzte verfügbar sind, desto größer wird die Leistungsdichte für jeden einzelnen, und genau da liegt das Problem: Wenn Psychiater ihre Stärke ausspielen wollen, brauchen sie vor allem Zeit, die auch entsprechend honoriert werden muss. Das darf nicht nur für Privatärzte gelten, sondern vor allem für jene mit einem Kassenvertrag. In Österreich gibt es zum Teil mehrmonatige Wartezeiten auf einen Termin mit einem Kassenspsychiater, und wir sind wieder beim Hauptproblem: Wir brauchen mehr Ärzte, um alle Patienten ordentlich betreuen zu können. Die Schere ist stetig immer weiter auseinandergegangen, jetzt sind wir an einem kritischen Punkt angelangt.

JR: *Gibt es genug „Fachpersonal“? Und warum ist Psychiatrie ein „Mangelfach“?*

Rados: Wie gesagt, es gibt zu wenig Psychiater im Erwachsenenbereich ebenso wie für Kinder und Jugendliche. Die Zahlen, die die Ärztekammer dazu veröffentlicht, pendeln zwischen 1.600 und 1.700 psychiatrischen Fachärzten in Österreich. Ein nicht unbeträchtlicher Teil wird aus Altersgründen demnächst in Pension gehen. Von den etwa 1.700 Fachärzten haben übrigens nur rund 150 einen Kassenvertrag. Davon wiederum sind ca. 30 in Wien, der Rest verteilt sich auf die Bundesländer. Die übrigen Fachärzte sind meistens Spitals- und ein kleinerer Teil Wahlärzte. Bedenkt man die Häufigkeit psychischer Erkrankungen, ist klar, dass sich das nie ausgeben kann. Verschärft wird die Unterversorgung durch ein deutliches Stadt-Land-Gefälle. Das bedingt mitunter mühsame Anreisen für Patienten, besonders im ländlichen Bereich und in schwer erreichbaren Regionen. Schon von den Zugangsbedingungen her ist das Medizinstudium hochselektiv und ein großer Teil am Arztberuf interessierter junger Menschen muss abgewiesen werden. Sie fehlen später am Arbeitsmarkt. Weiters werden bei der Zulassungsprüfung zu Medizin nicht unbedingt jene Skills abgefragt, die Persönlichkeiten anzieht, die für so ein kommunikationsintensives Fach wie Psychiatrie geeignet sind. Viele kommen daher zu dem Schluss, dass sie sich die Aufnahmeprüfung

und das Medizinstudium daher gar nicht antun, sondern lieber in ein Psychologiestudium oder in eine Psychotherapieausbildung abwandern. Psychiatrie ist ein Fach, in dem es um das ärztliche Gesamtverständnis des Menschen und um ein hochspezialisiertes, vielseitiges und sehr wirkungsvolles Behandlungsspektrum geht. Die Psychiatrie agiert an der Schnittstelle zwischen Natur-, Human- und Sozialwissenschaften – das macht sie besonders spannend. Der medizinische Hintergrund des Psychiaters muss viel stärker nach außen transportiert werden. Das gesellschaftliche Image ist ebenfalls verbesserungswürdig: Hier sind leider noch immer Vorurteile und Stigmatisierung wirksam.

JR: *Wie sieht es mit den Kosten aus – wer kommt wofür auf? Was ist gut, was gehört verbessert?*

Rados: Die Krankenkassen sind verpflichtet, die Kosten für eine adäquate, dem Stand der Medizin entsprechende Versorgung zu übernehmen. Da gibt es allerdings ein paar Problembereiche: Erstens gibt es in der Psychiatrie deutliche Diskrepanzen zwischen dem, was die Ärzte brauchen und verschreiben können und dem, was finanziert wird. Das betrifft sowohl die Honorierung des Zeitaufwands als auch die Erstattung mancher Medikamente. Ein Manko, das den nichtärztlichen Bereich betrifft, ist die Tatsache, dass zwar Psychotherapie – zumindest teilweise – und psychologische Diagnostik, nicht aber die psychologische Behandlung von den Krankenkassen erstattet werden.

Psychotherapie ist in vielen Indikationen wirksam, aber selbstverständlich keine Behandlungsmethode für alle psychischen Erkrankungen. Überdies ist diese ein langer, häufig anstrengender Prozess, den Schwerkranke oft gar nicht angehen können. Aber wenn eine Form der Psychotherapie als Krankenbehandlung und als Methode gut geeignet ist, soll und muss sie ohne Selbstbehalt erstattet werden.

Außerdem haben wir in Österreich ein Problem mit der Erstattung medikamentöser Innovationen aus dem Fachgebiet der Psychiatrie:

Seit 15 Jahren ist in Österreich kein einziges neues Medikament aus der Psychiatrie in den Erstattungskodex aufgenommen worden. Da geht es um einige wenige Antidepressiva und Antipsychotika, die einen innovativen Ansatz des Wirkprinzips haben. Zwar konnte keine dieser neuen Substanzen nachweisen, dass sie eine höhere Effektstärke als bereits vorhandene hat, aber das Wirkprofil ist anders und weist anders gewichtete Stärken auf. Die individuelle Verträglichkeit kann besser sein bzw. weniger Nebenwirkungen treten auf. Neue

Medikamente würden also maßgeschneiderte, genauere Behandlungen ermöglichen.

JR: *Wie gut bzw. genau können psychische Erkrankungen heute diagnostiziert werden?*

Rados: Psychische Erkrankungen werden klinisch diagnostiziert. Dabei werden Vorgeschichte, Verlauf, aktuelle Symptomatik und das individuelle Verhalten berücksichtigt. Es gibt zwar auch Überschneidungen zum Beispiel zwischen Angststörungen und Depression, aber es gibt klare Diagnoseregungen und dadurch eine hohe Treffgenauigkeit. Wir erwarten in den nächsten zehn Jahren aber weitere Verbesserungen, etwa genetische Ansätze in der Diagnostik und vielleicht auch in der Bildgebung.

JR: *Könnten mit einer verbesserten Versorgung die Suizidraten bei psychisch kranken Menschen gesenkt werden?*

Rados: Die Suizidrate ist seit den 1980er Jahren generell kontinuierlich gesunken. Psychische Erkrankungen bleiben allerdings die häufigste Ursache. Die Depression steht dabei an erster Stelle, aber auch Suchterkrankungen sind weit vorne zu finden. Oft ist die psychische Erkrankung un erkannt oder unbehandelt.

Der Rückgang der Suizidrate korreliert mit einem ganzen Bündel an Maßnahmen, beispielsweise mit dem Anstieg der Verschreibung von Antidepressiva ab Mitte der 1980er Jahre. Das hat unter anderem mit der Einführung der Serotoninwiederaufnahmehemmer zu tun, die besser verträglich als ältere Präparate sind und die daher vermehrt eingesetzt werden. Weitere Maßnahmen waren Einschränkungen im Zugang zu Suizidmöglichkeiten, wie eine verbesserte Waffengesetzgebung, aber auch die Sicherung sogenannter Hotspots wie hoher Gebäude, Bahnstrecken oder Brücken. Ganz wesentlich war auch die veränderte Medienberichterstattung verbunden mit der Herausgabe entsprechender fachlich begründeter Empfehlungen.

JR: *Ist eine psychische Erkrankung heute immer noch ein gesellschaftliches Stigma?*

Rados: Die Situation ist bereits deutlich besser geworden, weil unter anderem mehr und anders über psychische Erkrankungen gesprochen wird. Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind nach wie vor Vorurteilen ausgesetzt. So wurden gelegentlich Lebensuntüchtigkeit oder Schwäche unterstellt und ich fürchte, dieses Gedankengut gibt es manchmal heute noch, wenn auch nicht mehr so ausgeprägt. Deshalb ist es gut, wenn Betroffene darüber sprechen. Mutige Aussagen, vor allem prominenter Personen, haben hier bereits viel bewirkt.

Eine psychische Erkrankung kann jeden treffen, das hat nichts mit der Intelligenz, etwaiger Lebensuntüchtigkeit oder Schwäche zu tun, sondern mit genetischen Vulnerabilitäten, dem Ausmaß an Stress, dem jemand ausgesetzt ist, der individuellen Resilienz sowie anderen Faktoren, die dabei zusammenwirken. Eine psychische Erkrankung sollte keinen Menschen zum Außenseiter machen. Meiner Ansicht nach könnte man dieses Thema manchmal durchaus ein bisschen lockerer angehen und den Vergleich mit einer körperlichen Erkrankung nicht scheuen. Es wäre schön, wenn man nicht nur zu jemandem sagt: „Ich gehe gerade zum Zahnarzt“, sondern ebenso selbstverständlich sagen kann: „Ich bin gerade auf dem Weg zum Psychiater“ und niemand denkt sich etwas dabei.



© KABEG/Helge Bauer

Prim. Dr. Christa Rados leitet die Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin am LKH Villach und ist Ärztin für Allgemeinmedizin, Neurologie/ Psychiatrie und Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin in Klagenfurt.



Depression – eine komplexe Krankheit

Dr. Holger Bartz

In Österreich leidet jeder Vierte zumindest einmal im Leben an einer Depression oder depressiven Episode. Doch weder Diagnose noch Therapie sind einfach. Dr. Holger Bartz, medizinischer Direktor bei Janssen-Cilag Pharma GmbH Österreich, weiß genau über die Schwierigkeiten Bescheid.

Janssen Report: *Janssen-Cilag investiert einen guten Teil seiner Forschung in die Entwicklung von Medikamenten gegen Depression. Wo liegen dabei die Herausforderungen?*

Holger Bartz: Die erste Herausforderung liegt schon im Begriff selbst, denn das, was man umgangssprachlich unter Depression versteht, ist nicht unbedingt ident mit der klinischen Situation. Die eigentliche Depression per se muss von Syndromen und Krankheiten, bei denen depressive Elemente auftreten, unterschieden werden. Das ist in der Praxis oft nicht einfach und deshalb ist es oft schwierig, richtige therapeutische Ansätze zu finden.

Grundsätzlich kann man sagen, dass depressive Episoden als Teil affektiver Störungen auftreten und diese sind sowohl pharmakologisch als auch nicht-medikamentös behandelbar; viele Fälle können schon rasch in Remission gebracht werden. Man muss zwar in Betracht ziehen, dass rund 60 Prozent der Patienten und Patientinnen anfangs nicht unmittelbar oder nur unzureichend auf ein Medikament ansprechen, doch das sollte weder den behandelnden Arzt noch die Patienten selbst zu diesem Zeitpunkt beunruhigen: Die biochemischen Prozesse, die bei der Depression im Gehirn ablaufen, sind äußerst komplex, daher brauchen manche Medikamente länger, um zu wirken, oder die Dosis war zu niedrig. Deshalb ist eine Therapieoptimierungsphase nötig.

Es ist auch möglich, die Substanzklassen zu kombinieren, um die Wirkung zu verstärken, man spricht dann von einer Augmentationstherapie. Leider ist die Medizin im Fall einer therapieresistenten Depression, also wenn der Patient oder die Patientin auf mehr als zwei Ansätze nicht anspricht, bisher auf

sehr aufwendige alternative Therapieansätze angewiesen. Dabei ist zu beachten, dass diese Menschen oftmals auch unter organischen Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes leiden und die Gefahr eines Herz- oder Hirninfarkts kann groß sein. Diese organischen Erkrankungen können und müssen beachtet und mitbehandelt werden, was zwar dem Standard der heutigen Therapie entspricht, aber die Situation für den Patienten weiter verkompliziert. Und Patienten mit Depressionen müssen nicht nur öfter in eine Klinik, sondern leider ist die Selbstmordrate bei ihnen siebenmal höher.

JR: *Welche neuen Entwicklungen und Therapieoptionen gibt es? Was genau ist neu daran?*

Bartz: Für Erwachsene mit therapieresistenter schwerer Depression, also einer bestimmten Situation der sogenannten „Major Depression“, haben wir zur Behandlung einer akuten mittelschweren oder schweren Episode ein Esketamin-Nasenspray entwickelt und auf den Markt gebracht. Esketamin ist das S-Enantiomer des Ketamins und ist zwar konstitutionell mit dem Ketamin identisch, unterscheidet sich jedoch in der Konfiguration. Es ist eine Add-on-Therapie, die gemeinsam mit einem klassischen Anti-Depressivum angewendet wird, ist also keine eigenständige Therapie. Es wird bei Patienten eingesetzt, bei denen die Primärtherapie nicht oder nicht ausreichend angesprochen hat. Dazu kann es auch bei bestimmten psychiatrischen Notfällen in der psychiatrischen Notfallambulanz eingesetzt werden. Neu ist der Wirkmechanismus, nämlich ein NMDA-Glutamat-Rezeptorantagonist. Dieser führt zu einem vorübergehenden Anstieg der Glutamat-Ausschüttung, was zu einer Wiederherstellung der synaptischen Funktionen in bestimmten Hirnregionen beitragen kann.

Der Esketamin-Nasenspray muss von einem Psychiater verschrieben und eingesetzt werden. Es kann bei der Initialtherapie zu Nebenwirkungen wie Bluthochdruck, gesteigerter Herzfrequenz oder dissoziativen Störungen kommen kann, daher wird die Notfall- und Initialtherapie in der Regel im Spital durchgeführt. In der Erhaltungstherapie verlieren sich diese Effekte und die weiterführende Behandlung kann beim „Hauspsychiater“ erfolgen. Das macht in vielerlei Hinsicht Sinn, denn die Patienten vertrauen vor allem ihrem niedergelassenen Psychiater. Oft können sie nicht mit dem Auto fahren und sind daher auf einen Arzt ihres Vertrauens in ihrer Nähe angewiesen. Und es ist natürlich kostengünstiger, das heißt der finanzielle Aufwand für das Gesundheitssystem wird geringer.

JR: *Wie genau entsteht ein solches Produkt*

Bartz: Es gab bereits Behandlungsversuche mit Ketamin, die anekdotisch Erfolge zeigten und auch die gute Aufnahmefähigkeit über die Schleimhäute war für Ketamin nachgewiesen. Die Vereinfachung der Verabreichung via Nasenspray bei gleichzeitig gut definierter Applikationsmenge der wirksamen Substanz schien also naheliegend.

Die Pharmaindustrie kennt ja bereits eine Vielzahl von Substanzen, die bei einer Depression eingesetzt werden können, doch wir müssen beweisen, dass ein neues Produkt einem bestehenden überlegen ist, um das Gesundheitssystem leistungsfähig zu erhalten. Nach den erfolgreichen Zulassungsstudien, die Wirksamkeit und Sicherheit belegt haben, macht Janssen deshalb gerade eine große Studie in Mitteleuropa, um die Überlegenheit von Esketamin gegen die Standardmedikation formal zu testen. Es gibt zwar Metaanalysen mit den bisherigen Studiendaten, aus denen man die Überlegenheit von Esketamin ableiten kann, trotzdem ist die formale Überprüfung in einer klinischen Studie wichtig. Die Verabreichung von Esketamin erfordert Planung, ein bestimmtes räumliches Setting sowie eine Überwachungsmöglichkeit. Das bedeutet im ersten Moment mehr Aufwand, sollte mittelfristig aber zu einer Entlastung des Gesundheitssystems führen. Es müssen weniger Patienten stationär aufgenommen werden, wenn diese ein besseres Ansprechen auf die Therapie zeigen. Außerdem stellen sich auf Seiten des Gesundheitssystems Lerneffekte ein, wenn einmal die Infrastruktur etabliert ist. Deswegen ist aus unserer Sicht die Forderung des Gesundheitssystems berechtigt, zu belegen, dass Medikamente tatsächlich einen Zusatznutzen haben und gesundheitsökonomisch sinnvoll sind.

In der Psychiatrie ist es generell schwierig, aus einer Substanz ein Produkt zu machen, weil heute die Ansprüche an klinische Studien hoch und natürlich normiert sind: Es müssen randomisierte multizentrische Studien mit vielen Patienten sein,

weil sie eine klare Hypothese haben und eine ebenso klare statistische Grundlage haben müssen – und das geht in größerem Ausmaß nur über internationale Studien.

Dafür muss man zuerst einmal im internationalen Setting die gleich definierte, richtige Diagnose stellen, die richtigen Patienten finden, die Studiensettings auf ein gemeinsames Level bringen und die klinischen Endpunkte erheben. Besonders Letzteres ist in der Psychiatrie sehr komplex.

Ein weiterer Faktor bei internationalen Studien ist, dass verschiedene Ethnien und Geschlechter unterschiedliche biochemische Abläufe zeigen können, das heißt, man muss den unterschiedlichen Stoffwechsel in Studien berücksichtigen. Außerdem ist die Terminologie im Bereich der Psychiatrie und vor allem der Depression international nicht gleich und eindeutig: Es gibt weltweit viele verschiedene, zum Teil national geprägte Schulen. Auch die Standardbehandlungsmethoden weichen sehr stark voneinander ab. Und da in der Psychiatrie die Kommunikation eine noch größere Rolle spielt als vielleicht in anderen medizinischen Bereichen, steht die Pharmaindustrie auf diesem Gebiet vor riesigen Herausforderungen.

JR: *Das heißt, ein Medikament, das erfolgreich für Mitteleuropa getestet wurde, kann unter Umständen nicht in Südamerika eingesetzt werden oder hat dort nicht den erhofften Erfolg?*

Bartz: Das kann so sein, und genau dieser Punkt wird in klinischen Studien genau untersucht. Man bestimmt schon vor Studienbeginn, wie viele Patienten mit welchem Profil in die Studien müssen, um für alle Regionen robuste Daten zu erheben. Am bekanntesten ist in diesem Zusammenhang, dass die japanischen Zulassungsbehörden explizite Daten für Menschen mit japanischem biochemischem Profil verlangen, da sich dieses von anderen Ethnien unterscheiden kann. Es gibt aber noch ein anderes Problem: In Mitteleuropa zum Beispiel war die Versorgung mit Psychotherapie und Psychopharmaka zumindest bis zum Ausbruch der Corona-Pandemie gut. In anderen Ländern dagegen gab und gibt es kaum oder keine psychiatrische Versorgung, teilweise auch mit anderen Standards. Patienten werden wohl behandelt, aber nach den Möglichkeiten und Gegebenheiten des Landes, in dem sie leben. Selbst in Europa werden psychiatrische Notfallpatienten mitunter zuerst vom Internisten behandelt, weil das Angebot an psychiatrischer Notfallversorgung zu gering ist, jenes an internistischer dagegen größer. Das hat natürlich Auswirkungen auf die adäquate Versorgung des Patienten.

JR: *Wenn die psychiatrische Versorgung nicht oder nur unzureichend vorhanden ist, können Symptome überhaupt richtig diagnostiziert werden?*

Bartz: Das ist eine ganz wichtige Frage. Gerade bei der Depression ist aber die richtige Diagnose enorm wichtig, um die passende Therapie wählen zu können. Und der Arzt muss natürlich die zur Verfügung stehenden Medikamente kennen. Früher war das Angebot an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten kleiner, doch gerade in den vergangenen fünf Jahren hat die Psychiatrie in diesen Bereichen große Fortschritte gemacht.

Und dann kam die Covid-19-Pandemie, die die Lage in Österreich wieder verändert hat: Viele Menschen sind aufgrund dieser veränderten Situation psychisch angeschlagen, leiden aber nicht an einer Depression im klinischen Sinn. Hilfe brauchen sie dennoch.

JR: *Heißt das im Umkehrschluss, dass die Behandlung von Ängstlichkeit oder Niedergeschlagenheit im schlimmsten Fall die Versorgungskapazitäten für schwer depressive Patienten und Patientinnen reduziert?*

Bartz: Jeder hat das Recht, medizinisch gut versorgt zu werden. Da jedoch die Zahl der Fälle massiv angestiegen ist, muss die gleiche oder durch die Pandemie eingeschränkte Menge an Ressourcen auf mehr Menschen verteilt werden. Das kann dazu führen, dass mitunter klassisch depressive Menschen länger auf eine Diagnose und Behandlung warten müssen. Das ist eine riesige Herausforderung für das Gesundheitssystem in Österreich.

JR: *Woran wird bei Janssen Cilag im Bereich Psychopharmaka gerade geforscht?*

Bartz: Wir bemühen uns vor allem um eine leichtere und risikoärmere Anwendbarkeit sowie eine raschere Wirksamkeit.

Man kann heute mit dem bestehenden Therapiespektrum einen Großteil der Patienten gut versorgen, dennoch ist es immer noch aufwendig. Wir müssen auch auf die Nomenklaturen achten, denn was für einen Psychiater eine sekundäre Depression ist, darf für ein Pharmaunternehmen nicht als Major Depression gelten – denn dafür gibt es natürlich andere Medikamente und Dosierungen. Ein Beispiel hierfür sind Patienten und Patientinnen, die eine Depression aufgrund einer rheumatologischen Erkrankung entwickelt haben. Da kann die Gabe von antirheumatischen Substanzen zwar eine Besserung bewirken, das lässt sich jedoch leider nicht auf Patienten mit einer Major Depression übertragen – die Symptome sind zwar die gleichen, doch es scheinen andere Mechanismen relevant zu sein, die Medizin und Pharmaindustrie noch genauer erforschen müssen, um adäquate Behandlungen und Medikamente bereitstellen zu können.

Wir wollen aber auch in einer anderen Richtung unterstützen, denn die Depression ist nicht nur für die Medizin und den Pharmabereich ein spannendes, herausforderndes, hochkomplexes Feld, sondern vor allem für die Patienten: Viele werden immer noch stigmatisiert oder nicht ernst genommen.

Dazu kommt, wie schon angesprochen, dass das Studiendesign in der Psychiatrie äußerst herausfordernd ist. Da dieser Bereich außerdem auch kulturell und soziologisch geprägt ist, ist eine saubere Klassifizierung unumgänglich.

Und letztendlich sind die Ansprüche an die psychiatrische Versorgung in den vergangenen Jahren massiv gewachsen, da muss die Pharmaindustrie als Partner mitziehen. Eine genaue Diagnostizierung ist von höchster Wichtigkeit, denn je besser wir um und über die Abläufe der Krankheit Bescheid wissen, desto besser und genauer können wir spezielle Medikamente entwickeln. Denn je spezifischer die Therapie ist, desto weniger Nebenwirkungen gibt es und daher umso weniger Belastungen für das Gesundheitssystem. Dieser Weg ist für uns daher der einzig richtige.



Dr. Holger Bartz, Head Med & Scien Affairs Germany, Facharzt für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie und derzeit medizinischer Direktor bei Janssen-Cilag Pharma GmbH Österreich.

Orale Antidepressiva sind Marktführer

Mag. Alexander Müller-Vonderlind

Am Anfang steht die lange Entwicklungszeit eines Psychopharmakons. Und dann muss es noch in den Erstattungskodex aufgenommen werden, damit das Medikament vom Gesundheitssystem bezahlt wird. Mag. Alexander Müller-Vonderlind von Janssen Austria kennt die Schwierigkeiten des österreichischen Marktes.

Janssen Report: Können Sie kurz skizzieren, welchen Weg ein Medikament geht, bevor es auf den Markt kommt? Ist dieser Weg für Psychopharmaka der gleiche?

Alexander Müller-Vonderlind: Bevor ein Wirkstoff am Menschen getestet werden kann, muss er auf seine Unbedenklichkeit in Zellmodellen (In-vitro-Tests) und Tiermodellen (In-vivo-Tests) geprüft werden. Erst wenn ein Wirkstoff alle vorklinischen Tests positiv abgeschlossen hat, kann er erstmals beim Menschen angewendet werden. Damit beginnt der Entwicklungsabschnitt der sogenannten klinischen Prüfungen beziehungsweise klinischen Studien. Die relevanten Informationen zur Zulassung eines Arzneimittels werden in den klinischen Studien der Phasen I bis III erhoben. Im Durchschnitt dauert die Entwicklung eines neuen Medikaments bis zur Marktreife ca. zehn Jahre. Auch Psychopharmaka müssen diese Studienphasen durchlaufen.

JR: Wie stellt sich der österreichische Markt für Psychopharmaka dar?

Müller-Vonderlind: Der österreichische Psychopharmaka-Markt wird dominiert durch vor allem orale Antidepressiva, wie zum Beispiel SSRIs (Serotonin-Wiederaufnahmehemmer) oder SNRIs (Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer), die insgesamt einen Jahresumsatz von ca. 55 Millionen Euro ausmachen. Daneben gibt es noch andere Psychopharmaka wie zum Beispiel Antipsychotika zur Behandlung von Schizophrenie etc.

JR: Wo gibt es Potenziale?

Müller-Vonderlind: In den letzten rund zehn Jahren ist kein einziges innovatives Antidepressivum in den Erstattungskodex aufgenommen worden, das heißt Österreich zählt zu den sehr wenigen Ländern, in denen Innovationen in diesem Bereich nicht vom Gesundheitssystem bezahlt werden.

JR: Sind die Bedürfnisse der österreichischen Bevölkerung in Sachen Psychopharmaka aus Ihrer Sicht ausreichend abgedeckt?

Müller-Vonderlind: Für die meisten Patient:innen sind die verfügbaren oralen Antidepressiva ausreichend. Für ca. 30 Prozent der Patient:innen mit schweren Krankheitsverläufen (wie zum Beispiel therapieresistente Depression) gibt es jedoch kaum taugliche niederschwellige Therapieansätze.

JR: Wie funktioniert die Zusammenarbeit mit Ärzten/Psychiatern/Psychologen?

Müller-Vonderlind: Janssen hat eine lange Tradition, was die Zusammenarbeit mit Fachärzt:innen für Psychiatrie betrifft. Eines der ersten Medikamente von Janssen in der Psychiatrie war das Antipsychotikum Haloperidol – ein Durchbruch in der Behandlung der Schizophrenie. Es ist uns wichtig, dass die im Bereich der Psychiatrie tätigen Ärzt:innen die aktuellen Studien, Therapieansätze, Daten zu Wirkung und Nebenwirkung etc. kennen. Darüber hinaus arbeiten wir auch mit Patientenorganisationen zusammen und bieten Plattformen für

Diskussionen und Erfahrungsaustausch (wie zum Beispiel das Janssen Mental Health Forum) an.

JR: *Wie offen sind Ärzte bzw. Patienten gegenüber einer medikamentösen Therapie?*

Müller-Vonderlind: Obwohl die medikamentöse Therapie eine wesentliche Säule bei der Behandlung der Depression darstellt (neben psychotherapeutischen Maßnahmen sowie ergänzenden/begleitenden Maßnahmen), stößt sie nach wie vor bei manchen Ärzt:innen und Patient:innen auf eine gewisse Skepsis. Das macht sich dadurch bemerkbar, dass Psychopharmaka zum Beispiel sehr spät zum Einsatz kommen oder in zu geringer Dosis verschrieben werden, was sich wiederum negativ auf den Behandlungserfolg auswirken kann.

JR: *Wie sieht die Infrastruktur für eine Medikamententherapie aus, die nicht daheim durchgeführt werden kann?*

Müller-Vonderlind: Im niedergelassenen Bereich stehen zu wenige Fachärzt:innen mit Kassenvertrag für eine flächendeckende Versorgung zur Verfügung. Im Spitalsbereich gibt es in Österreich zu wenige Therapieplätze, und auch der ambulante/tagesklinische Bereich ist in vielen Regionen nur unzureichend ausgebaut, um das Defizit im niedergelassenen Bereich abfangen zu können.



Mag. Alexander Müller-Vonderlind ist Director Market Access & External Affairs bei Janssen Austria.

© Bildagentur Zolles KG/Christian Hofer

Der Aspekt der Traumafolgesymptome wird noch zu wenig beachtet

Prim. Prof. Priv. Doz. Dr. Michael Bach

Eine Covid-19-Erkrankung hat nicht nur langfristige körperliche Auswirkungen, sondern vor allem auch psychische. Wie dramatisch diese sein können, hat Dr. Michael Bach in einer Studie untersucht.

Janssen Report: *Sie haben im März/April 2021 eine Studie zum Thema „Covid-19 und die Traumafolgesymptome in Österreich“ durchgeführt. Können Sie bitte kurz die wichtigsten Eckpunkte und Ergebnisse zusammenfassen?*

Michael Bach: Diese Studie war bereits die zweite zu diesem Thema, die erste haben wir im Frühjahr 2020 durchgeführt. Wir haben jedoch bereits nach der ersten Studie eine unmittelbare Zunahme von psychischen Folgeproblemen durch die Pandemie, vor allem aber den Lockdown und die damit einhergehende massiv veränderte Lebenssituation der Menschen festgestellt. Besonders stark gestiegen sind Angsterkrankungen sowie depressive Störungen, neu ist die deutliche Zunahme von Traumafolgesymptomen.

JR: *Wie sind Traumafolgesymptome genau definiert?*

Bach: Dazu möchte ich kurz auf das Trauma selbst eingehen: Ein Trauma ist eine maximale Stresssituation, in der es zu einer unmittelbaren Überforderung und Überlastung sämtlicher Kontroll- und Bewältigungsmechanismen kommt. Dabei handelt es sich meist um lebensbedrohliche Situationen, in denen sich der/die Betroffene nicht sicher ist, ob er/sie überleben wird und wenn ja, in welchem Zustand. Heute ist der Begriff Trauma sogar weiter gefasst und man versteht darunter auch nicht-lebensbedrohliche Situationen, in denen aber die seelische oder körperliche Integrität des Menschen beschädigt werden kann. Ein Beispiel dafür ist zum Beispiel sexueller Missbrauch bzw. Vergewaltigung. In den meisten Fällen droht einem dabei nicht

der Tod, dennoch wird das Vertrauen in andere Menschen massiv erschüttert oder vielleicht sogar komplett zerstört.

Wenn nun eine solche Situation eingetreten ist, entwickeln die meisten Menschen in den folgenden Tagen sogenannte Traumafolgesymptome wie Unruhe, Nervosität, Reizbarkeit oder Schlafstörungen. Typischerweise lassen diese bei der Hälfte der Betroffenen innerhalb von drei bis vier Wochen wieder nach – das ist die Gruppe, die gesund bleibt und die keine Therapie braucht. Die andere Hälfte dagegen hat leider anhaltende Traumafolgebeschwerden, sodass es irgendwann zur Krankheit, nämlich einer sogenannten Posttraumatischen Belastungsstörung, wird.

Deren klassische Symptome sind das Wiedererleben von Traumainhalten, was auch als Flashback bezeichnet wird; Vermeidung, das heißt, man geht Situationen aus dem Weg, die einen an die eigene als traumatisch erlebte Situation erinnern; erhöhte Arousal, also ein Zustand innerer Unruhe und Erregbarkeit – man ist nervös, reizbar, zuckt bei jedem Geräusch zusammen, hat Ein- und Durchschlafprobleme und kann sich nicht konzentrieren. Es gibt noch zwei weitere Symptomgruppen, die zwar nicht zwingend auftreten müssen, aber doch häufig vorkommen: Dazu gehören einerseits eine negative Stimmung und ein gewisses Entfremdungsgefühl von sich selbst (das geht einher mit einer Abstumpfung und dem Gefühl, nichts mehr empfinden zu können), andererseits dissoziative Symptome, also quasi eine Abspaltung von sich selbst oder seiner Umwelt (dazu gehören Depersonalisations- oder Derealisationserlebnisse).

Genau diese dramatischen Folgesymptome haben wir durch unsere Untersuchung entdeckt, dieser Aspekt wird jedoch noch viel zu wenig beachtet. Mittlerweile gibt es mehrere internationale Studien, deren Autoren das Ausmaß der Pandemie als globale Traumatisierung bezeichnen. Was für diese These spricht, ist, dass die Pandemie regelrecht über uns hereingebrochen ist – wir waren nicht darauf vorbereitet und sind komplett überfordert, wir fühlen uns dem Ganzen wehrlos ausgeliefert, es gibt keine Möglichkeit des Entrinnens und wir wissen nicht, wie die Sache ausgeht. Außerdem ist diese Situation potenziell lebensbedrohlich. Und wie bei Kriegserlebnissen ist es eine protrahierte, also eine langfristige Traumatisierung.

Mit unserer Publikation wollen wir darauf hinweisen, dass diese Auswirkungen und vor allem deren Ausmaß bisher unterschätzt wurden. Ich würde sogar sagen, dass selbst ängstliche Reaktionen im Fall dieser Pandemie in den Traumbereich gehören.

JR: *Sie haben Ihre Studie in Österreich durchgeführt. Sehen Sie Ihre Ergebnisse auch international gespiegelt und bestätigt?*

Bach: Ja, es gibt internationale Studien mit den gleichen Ergebnissen, aber in Österreich gab es dazu bisher noch keine andere Publikation. Wir bestätigen also den internationalen Trend.

JR: *Die Befindlichkeiten zur psychischen/physischen Gesundheit beruhen auf der Selbstwahrnehmung der Befragten. Gibt es eine Bestätigung in Zahlen zu Krankenhausaufenthalten oder vermehrter Nachfrage nach Therapien?*

Bach: Diesen Bereich haben wir nicht untersucht. Wir haben aber nach dem Krankheitsverhalten gefragt, also eher in Richtung hypochondrische Reaktionen. Und da gab es einen interessanten Aspekt: Übermäßig viele wollten trotz einer schweren Erkrankung nicht zum Arzt oder ins Spital gehen, weil sie Angst hatten, sich mit Corona anzustecken. Aber auch das genaue Gegenteil war der Fall: Das sogenannte Doktor-Shopping, also das Aufsuchen eines Arztes nach dem anderen, weil man seine Symptome genau abklären lassen will, hat stark zugenommen. Lassen Sie mich als Beispiel das Fatigue-Syndrom nennen, die Erschöpfung. Die tritt nicht nur während und unmittelbar nach einer Corona-Erkrankung auf, sondern zeigt sich auch als Long-Covid-Folge. Erschöpfung kann aber natürlich auch andere Ursachen haben. Und so gab es plötzlich übermäßig viele Arztbesuche, um Corona als Ursache für Erschöpfung auszuschließen.

Dafür wurde bereits im vergangenen Frühjahr eine neue Diagnose erstellt, nämlich die Corona-Phobie. Dieser Begriff



kommt aus den USA, wo man bereits zu Beginn der Pandemie festgestellt hatte, dass ausnehmend viele Menschen sich vom Arzt Beruhigungsmittel verschreiben ließen, weil sie solche Angst vor der Pandemie hatten.

JR: *Lässt sich nach beinahe zwei Jahren Corona sagen, ob die Zahl der Fälle von Ängstlichkeit oder Depression pandemiebedingt tatsächlich gestiegen ist oder hat Corona bestehende Fälle eher im Schweregrad der Auswirkungen verstärkt?*

Bach: Beides. Es hat sich im Verlauf der Pandemie gezeigt, dass die Zahl der Fälle gestiegen ist. Üblicherweise hört eine Depression nach einigen Wochen oder Monaten wieder auf, da jedoch in diesem Fall die Ursache der Depression nicht verschwunden ist, ist auch die Depression geblieben. Mittlerweile sprechen wir von chronifizierten Angststörungen und Depressionen. Wenn wir die Prävalenzzahlen betrachten, sind es aber auch in absoluten Zahlen mehr geworden.

JR: *Wie reagiert das österreichische Gesundheitssystem auf die Häufung dieser psychischen Erkrankungen?*

Bach: Das Gesundheitsministerium hat eine Expertenkommission eingeführt, ein Beratergremium für die psychosozialen

alen Folgen der Corona-Pandemie. Dieses Gremium forderte als eine der ersten Maßnahmen, sich um die Kinder und Jugendlichen zu kümmern, die durch Homeschooling und Social Distancing massiv beeinträchtigt wurden. Auch Erwachsene brauchen sozialen Kontakt mit anderen Menschen, aber sie können es länger aushalten als ein Kind, das ja gar nicht versteht, warum es plötzlich zum Beispiel nicht mehr mit seinen Freunden spielen darf. Außerdem gibt es die Forderung nach mehr Therapieplätzen und dafür gibt es erfreulicherweise bereits eine Zusage der ÖGK. Die Realität zeigt aber leider, dass das immer noch zu wenig ist. Die Ärzte und Therapeuten sind am Rand ihrer Kapazitäten, als Beispiel sei der Aufnahmestopp an der Kinderpsychiatrie im AKH genannt. Dort versuchte man zumindest, täglich mit den Kindern zu telefonieren, um ihnen wenigstens ein Mindestmaß an Unterstützung bieten zu können.

Wie gravierend die Gesamtsituation jedoch ist, zeigt die leider gestiegene Suizidrate in Österreich seit Beginn der Pandemie. Besonders betroffen von psychischen Erkrankungen sind jüngere weibliche Erwachsene mit Migrationshintergrund. Das haben auch andere repräsentative Studien gezeigt. Ein Grund für diese Situation könnte die fehlende Information und Aufklärung in den entsprechenden Sprachen der Herkunftsländer sein. Wenn man bedenkt, dass allein in Wien der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund bei 25 Prozent liegt, wird dieses Aufklärungsmanko umso deutlicher. Es wundert also nicht, dass gerade in dieser Community die Durchimpfungsrate so gering ist.

JR: Was ist Ihrer Ansicht nach in Sachen mentale Gesundheit derzeit vorrangig zu tun, was ist besonders wichtig?

Bach: Was jeder für sich tun kann, ist, dem Thema Selbstfürsorge ausreichend Aufmerksamkeit zu widmen. Wir müssen mehr auf uns schauen, dürfen nicht einfach nur funktionieren, sondern wir müssen gewahr werden, dass uns Corona wohl noch länger begleiten wird und wir daher lernen müssen, damit zu leben, ohne dabei zugrunde zu gehen. Selbstfürsorge beginnt bei richtiger Ernährung, ausreichender Bewegung, geht über das Ausüben von Hobbies bis zu Entspannung und Work-Life-Balance. Ohne Selbstfürsorge werden Menschen anfälliger für eine Corona-Infektion, weil das Immunsystem geschwächt ist, und natürlich für psychische Folgeerkrankungen.

Auf der gesellschaftlichen Ebene muss das Solidaritätsgefühl verstärkt werden. Zu diesem Kohärenzgefühl kann jeder einzelne etwas beitragen, aber auch betriebliches Gesundheitsmanagement und natürlich übergeordnete Stellen. Dieses Gefühl ist aufgrund der Traumatisierung durch die Pandemie schwer erschüttert und manchen wohl verloren gegangen. Um

dieses Gefühl des Vertrauens wieder herzustellen, ist die Politik gefordert – sie darf diese Erschütterung nicht ignorieren, nicht mit Füßen treten und schon gar nicht fördern.

Ich möchte noch die drei Komponenten des Kohärenzgefühls erklären: Das sind erstens Verstehbarkeit, zweitens Handhabbarkeit und drittens Bedeutsamkeit. Verstehbarkeit heißt, das Leben scheint geordnet und verstehbar, es geht in der Welt geregelt zu. Verstehen wir das Leben und die Welt nicht mehr, brauchen wir Menschen, die alles ins richtige Licht rücken, die ein positives Narrativ entwickeln und so den Menschen wieder Mut und Hoffnung geben. Passiert das nicht, verstärkt sich bei den Menschen das Gefühl des Kontrollverlustes und sie beginnen, sich die Welt quasi selbst zusammenzuzimmern und zu erklären – und schon haben wir die Basis für Verschwörungstheorien. Handhabbarkeit bedeutet, dass das Leben „machbar“ ist, dass wir es bis zu einem gewissen Grad beeinflussen können, dass es Sinn hat, sich anzustrengen und etwas erreichen zu wollen – ich kann das Leben meistern. Und wenn ich etwas nicht allein schaffe, gibt es Hilfe. Hier hat die Politik während der Pandemie und der Lockdowns tatsächlich geholfen, etwa mit Kurzarbeit und finanziellen Unterstützungen. Bedeutsamkeit ist nahezu selbsterklärend: Mein Leben hat Bedeutung, es ist sinnvoll, es ist die Mühe wert, es macht Freude. Erleiden wir ein Trauma, wird dieser Lebenssinn jedoch massiv erschüttert. In seinem Frust klammert man sich gerne an Heilsversprechen, dabei brauchen wir ehrliche, transparente, glaubwürdige Leitfiguren, deren Aussagen nachvollziehbar sind und die auch unpopuläre Maßnahmen durchsetzen können, weil sie deren Sinnhaftigkeit deutlich machen können. In Sachen Corona ist das in Österreich etwa im Gegensatz zu Dänemark oder Portugal nicht geglückt.



Prim. Prof. Priv. Doz. Dr. Michael Bach ist ärztlicher Leiter des Vortuna Gesundheitsresort GmbH Bad Leonfelden. www.vortuna.at

Die Lage von Menschen mit seltenen Erkrankungen ist in vielerlei Hinsicht schwer

OÄ Dr. Anja Diem

Eine Krankheit, die die Haut von Menschen so verletzlich wie die Flügel eines Schmetterlings macht, das ist Epidermolysis bullosa. Doch nicht nur äußerlich, sondern auch psychisch sind die Betroffenen anfällig, denn ihr Leben ist geprägt von Einschränkungen – und Schmerzen. Wie hoch der Leidensdruck ist und was medizinisch gemacht werden kann, weiß Frau Dr. Anja Diem, die im EB-Haus in Salzburg täglich mit EB-Patienten konfrontiert ist.

Janssen Report: *Epidermolysis bullosa (EB) verursacht (nahezu) ständig körperliche Schmerzen, was wiederum viele Betätigungen erschwert bzw. unmöglich macht. Wie reagieren die Schmetterlingskinder darauf, vor allem psychisch? Welche psychischen Erkrankungen ergeben sich am häufigsten aus EB?*

Anja Diem: Grundsätzlich hat die Erkrankung per se keinen Einfluss auf die mentale und psychische Gesundheit der Betroffenen, es gibt auch keine Häufung von psychischen Erkrankungen. Es ist aber ganz klar, dass das Leben mit EB große Belastungen mit sich bringt, die in weiterer Folge starke Auswirkungen auf die Psyche haben. Das gilt nicht nur für die Erkrankten selbst, sondern für das gesamte Familiensystem.

Die psychischen Belastungen sind meist eine Folge der Einschränkungen, die das Leben mit EB bestimmen. Der Einfluss auf das tägliche Leben ist enorm, und das Bewusstsein, dass es keine Heilung gibt, dass diese Erkrankung ein Begleiter durch das ganze Leben bleibt, ist an sich schon belastend. Weitere belastende Faktoren sind die meist täglich notwendige Wundversorgung, die Schmerzen, die Sichtbarkeit der Erkrankung und für viele Betroffene auch die ständige Abhängigkeit von anderen. Auch die Teilhabe an gemeinschaftsfördernden Aktivitäten wie zum Beispiel an Schulausflügen, Tanzkursen oder überhaupt sportlicher Betätigung ist meist nur sehr eingeschränkt oder gar nicht möglich.

Die psychischen Folgen, die wir hier dann leider allzu oft sehen, sind Erschöpfungszustände, verschiedene Ängste, Depressionen und sozialer Rückzug.

Die Ausprägung der genannten Folgen ist sehr unterschiedlich bei unseren EB-Familien, und hängt auch – aber nicht nur – mit dem Schweregrad der EB-Form zusammen.

JR: *Wie hat sich die Situation der Schmetterlingskinder durch Corona verändert?*

Diem: Das haben mir unsere Familien sehr unterschiedlich berichtet. Zu Beginn der Pandemie war die Verunsicherung natürlich bei allen sehr groß, und wir haben zahlreiche Anfragen per Telefon und/oder Email bekommen. Anfangs war es hauptsächlich die Sorge, dass es bei EB zu schwereren Verläufen kommen könnte, es gab aber auch viele Fragen zum Umgang mit den Einschränkungen. Soll das Kind zur Schule gehen? Wie ist es am Arbeitsplatz? Wie kann eine Maske getragen werden? Es gab in der Zeit natürlich viele Fragen rund um Corona, die wir persönlich aber auch über den Newsletter von DEBRA Austria regelmäßig beantwortet haben.

Die medizinische Versorgung war jedenfalls gesichert, denn Besuche im EB-Haus waren immer möglich, vor allem bei schwerwiegenderen Problemen auch bereits ganz am Anfang

der Pandemie, das hat gut funktioniert. Mit der Zeit hat sich dann eine gewisse Routine eingestellt, und inzwischen läuft der Betrieb in unserer Ambulanz nun schon lange Zeit wieder nahezu normal.

Die Corona-bedingten Maßnahmen wurden – wie auch in der Allgemeinbevölkerung – sehr unterschiedlich aufgenommen, und insgesamt waren es auch bei unseren „Schmetterlingskindern“ vor allem die eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten, unter denen sie am meisten gelitten haben. Da nahezu alle unsere Betroffenen bereits schon vor der Pandemie über soziale Medien sehr gut vernetzt waren, war zumindest auf diesem Wege doch einiges möglich. Ein Ersatz für die physischen Treffen mit Familie, Freunden und anderen Betroffenen war dies aber nicht.

JR: *Wie geht es den Eltern dieser Kinder? Welche psychischen Erkrankungen treten bei ihnen auf?*

Diem: Eine gute Frage. Viele Eltern würden hier vermutlich antworten, dass sie gar keine Zeit hätten für psychische Erkrankungen, da sie so sehr in Anspruch genommen sind von der Betreuung ihres Kindes. Dadurch lässt sich aber sehr schnell erkennen, wo das größte Problem zu finden ist: Viele Eltern, vor allem (aber nicht nur) die Mütter, geraten mit der Zeit an die Grenze dessen, was ein einzelner Mensch physisch und emotional tragen und leisten kann. Chronische Erschöpfung ist daher auch das häufigste psychische Problem, das wir hier sehen. Das kann dann – wenn keine Hilfestellung erfolgt – in Folge auch zu schweren Depressionszuständen führen. Hier sind alle Beteiligten im jeweiligen Betreuungsnetzwerk dazu aufgerufen, auf diese sehr reale Gefahr hinzuweisen, auf Anzeichen zu achten, und frühzeitig niederschwellige Möglichkeiten zur Unterstützung der Familie anzubieten. Wobei natürlich klar ist, dass dies nicht nur für die Eltern unserer „Schmetterlingskinder“ gilt, sondern für alle Eltern von Kindern mit einer schweren, chronischen Erkrankung.

JR: *Man hört immer von den Schmetterlingskindern – was ist mit Erwachsenen mit EB?*

Diem: Der Ausdruck „Schmetterlingskinder“ hat sich schon vor Jahrzehnten etabliert, und zwar von England ausgehend, wo man Kinder mit EB wegen ihrer Haut, die „so verletzlich ist wie der Flügel eines Schmetterlings“, als „Butterfly Children“ bezeichnet hat. Damals hatte man vor allem die schweren Formen von EB im Fokus, bei denen die Lebenserwartung leider deutlich niedriger ist. Viele dieser Kinder sind ja bereits im Kindes- oder Jugendalter verstorben. Daher war die Betreuung vor allem in den Händen von Kinderärzten und Kinderdermatologen. Auch heute ist ein Großteil

unserer Patienten hier an der EB-Ambulanz sehr jung, aber wir behandeln nun auch sehr viele Menschen, die mit leichten und mildereren Formen von EB leben. Diese haben eine normale, durchschnittliche Lebenserwartung, und da in den letzten beiden Jahrzehnten auch die Lebenserwartung der Betroffenen mit schwereren Formen gestiegen ist, behandeln wir mittlerweile auch viele Erwachsene, die mit EB leben. Der Ausdruck „Schmetterlingskinder“ ist aber erhalten geblieben. Das macht nicht alle glücklich, aber die meisten unserer erwachsenen Betroffenen nehmen das mit einem Schmunzeln zur Kenntnis.

JR: *EB gehört zu den seltenen Erkrankungen (in Österreich sind rund 500 Personen betroffen) und obwohl die Forschung intensiv arbeitet, ist EB derzeit noch unheilbar. Die Organisation DEBRA Austria unterstützt Betroffene und Angehörige – auch was die psychische Komponente betrifft?*

Diem: Ja, DEBRA Austria unterstützt hier sehr konkret und auf mehrfache Weise.

So werden jährlich verschiedene Seminare angeboten, zum Beispiel mit dem Thema Resilienz. Auch Mütter- und Väterwochenenden werden jedes Jahr veranstaltet, an denen es die Möglichkeit gibt, sich in der Gruppe auszutauschen, und auch Einzelgespräche mit einer erfahrenen Psychologin zu führen. Leider konnten diese Veranstaltungen in den letzten beiden Jahren nicht stattfinden, aber für das Jahr 2022 ist DEBRA sehr zuversichtlich, dass das wieder möglich ist.

Außerdem hat jede Familie die Möglichkeit, längerfristig mit einer unserer EB-Psychologinnen zu arbeiten, oder sich auch am Heimatort selbst eine psychologische Betreuung zu suchen. Die Kosten dafür werden leider häufig noch nicht in ausreichendem Ausmaß von den Krankenversicherungen gedeckt, denn sogenannte Kassenplätze bei erfahrenen Psychologinnen und Psychotherapeuten sind oft sehr schwer zu bekommen. Dann haben die Betroffenen die Möglichkeit, die anfallenden Kosten bei DEBRA einzureichen, und dies wird großzügig unterstützt.

Und ich möchte hier unbedingt ergänzen, dass DEBRA Austria für die Sozialberatung ihrer Mitglieder auch eine eigene Mitarbeiterin angestellt hat. Sie hilft unseren Familien bei Behördenangelegenheiten, gibt Hilfe im oft undurchsichtigen Antragsdschungel, unterstützt bei Schwierigkeiten mit Versicherungen, beim Pflegegeld, usw. Die diplomierte Sozialarbeiterin, Frau Sabine Wittmann, ist inzwischen unverzichtbar für uns alle, und trägt auf sehr konstruktive Weise zur psychosozialen Unterstützung für alle „Schmetterlingskinder“ in Österreich bei.

JR: Was ist in Sachen psychische Betreuung von EB-Betroffenen noch zu tun/zu verstärken?

Diem: In Zukunft werden wir den Fokus hier noch stärker auf die psychische Gesundheit legen. Wir wissen inzwischen vieles über die Belastungen und Einschränkungen, die mit schwerer chronischer Erkrankung einhergehen, aber noch recht wenig über die hilfreichen Ressourcen und Faktoren, die zu einem gelingenden Leben trotz und mit schwerer Erkrankung beitragen. Einigen unserer Familien gelingt es ja trotz der schwierigen Lebensumstände, ein gutes Leben zu führen, und andere Familien tun sich damit extrem schwer.

Wir kennen ein paar der Faktoren, die hier eine Rolle spielen, wie zum Beispiel die Familienkonstellation, die Auswahl von Schule und Kindergarten, die medizinische Versorgung, die Zugangsmöglichkeit zu psychologischer Begleitung, soziale Beratung usw. Und es gibt in Österreich auch eine unheimlich hohe Dichte an psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten in städtischen und ländlichen Regionen. Das macht es in manchen Regionen besonders schwer, sinnvolle Unterstützung anzubieten.

Wir haben vor einiger Zeit eine enge Kooperation mit einer sehr engagierten Arbeitsgruppe der Sigmund-Freud-Universität unter der Leitung von Frau DDr. Gudrun Salamon begonnen. Diese Gruppe arbeitet daran, gemeinsam mit unseren EB-Familien und erfahrenen EB-Therapeuten die hilfreichen Faktoren zu erforschen, die zu einem besseren Leben mit und trotz chronischer Erkrankung beitragen. Wir wollen genau wissen, was hilft, was das Leben gesünder und besser lebbar macht. Die Ergebnisse werden uns hier hoffentlich noch konkretere und zielgerichtetere Wege aufzeigen, wie wir alle gemeinsam das Leben unserer „Schmetterlingskinder“ in der nahen Zukunft erleichtern und verbessern können.

Und folgendes ist mir noch wichtig: EB ist nur eine der 6.000 bekannten seltenen Erkrankungen.

Die Lage vieler anderer Menschen mit seltenen Erkrankungen in Österreich ist noch deutlich schwieriger, denn trotz aller Versuche, die medizinische und psychosoziale Versorgung für diese Menschen auszubauen, gibt es immer noch viel zu wenig personelle und finanzielle Ressourcen für diese PatientInnengruppe.

Meine Hoffnung für die Zukunft ist, dass das Modell der EB-Ambulanz als Vorbild dienen kann für den Ausbau der Versorgung der zahlreichen anderen Menschen mit seltenen Erkrankungen. Und diese Versorgung darf in Zukunft nicht mehr auf das Sammeln von Spenden angewiesen sein, sondern muss über öffentliche Gelder finanziert werden. Das gilt sowohl für die medizinische als auch für die psychosoziale Betreuung.



Frau Dr. Anja Diem ist Oberärztin und Leiterin der EB-Ambulanz an der Universitätsklinik für Dermatologie und Allergologie am Uniklinikum Salzburg.

© Dr. Rudolf Hamétner

Lage von Menschen mit psychischen (Vor-)Erkrankungen konfrontiert. Diese besonders vulnerable Gruppe hat zudem ein höheres Risiko für Infektionen und stößt auch wegen der oft mit psychischen Erkrankungen verbundenen Stigmatisierung vielfach auf massive Hindernisse in Sachen Zugang zu medizinischer Hilfe.

Dazu hat die UN ein Policy-Paper herausgegeben, in dem sie folgende Maßnahmen empfiehlt, denen sich auch die Patienten-anwaltschaft anschließt:

1. Wichtig ist ein gesamtgesellschaftlicher Ansatz. Um eine Eskalation der Situation zu minimieren, werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen: Monitoring der psychischen Gesundheit und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems; Inklusion psychosozialer Aspekte in den Gesamtkrisenplan; Schutz der Bevölkerung vor allem, was die psychische Gesundheit beeinträchtigen kann (z. B. häusliche Gewalt), etwa durch ökonomische Hilfestellungen, soziale Unterstützung; gute, transparente Krisenkommunikation.
2. Eine breit angelegte und verfügbare psychosoziale Notfallversorgung muss gesichert sein. Dazu gehören das Unterstützen von Maßnahmen zur Erhöhung und Aufrechterhaltung von Solidarität und gemeinschaftlicher gegenseitiger Unterstützung; der Ausbau von Distanzbetreuungsmöglichkeiten; das Absichern kontinuierlicher Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen sowie das Absichern der Menschenrechte von Personen mit psychischen Beeinträchtigungen.
3. Die Erholung von der Krise muss unterstützt werden, indem entsprechende Angebote leistbar, effektiv und gemeinschaftsbasiert sind; Maßnahmen zum Erhalt und zur Wiederherstellung der psychischen Gesundheit müssen in Gesamtkonzepte der Gesundheitsversicherungen integriert werden; Verstärkung von Forschung und Evaluierung.

Wie hoch die Belastung für Kinder und Jugendliche in dieser herausfordernden Zeit ist, zeigt eine Aussage der UN, die bereits 2020 die Corona-Pandemie als „Krise der Kinderrechte“ („UN News“, 2020) bezeichnete. Mittlerweile hat sich bestätigt, dass Kinder und Jugendliche die am stärksten indirekt betroffene Gruppe der Covid-19-Krise ist. Auch die Patienten-anwaltschaft hat daher in ihren Empfehlungen stets darauf hingewiesen, weitere Maßnahmen gegen die Pandemie in Relation zur vor allem psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu setzen. Wichtig ist in jedem Fall jedoch, das Angebot für die klinisch-psychologische und psychotherapeutische Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen sowohl stationär als auch online auszubauen. Von

unschätzbarem Wert wären außerdem Programme, die Resilienz-Strategien vermitteln.

Das, was wir bisher sehen, ist wohl nur die Spitze des Eisbergs, sind die mittel- und langfristigen Auswirkungen auf die psychische und mentale Gesundheit der österreichischen Bevölkerung noch kaum abzusehen und einzuschätzen. Entsprechende Konzepte sind daher wichtig, etwa zur gesamthaften Lösung der psychotherapeutischen Versorgung. Besonders Hotlines haben in diesem Zusammenhang große Bedeutung: Die Optimierung der Erreichbarkeit der psychosozialen Hotlines ist von vorrangiger Bedeutung. Wichtig ist aber auch die Verbesserung der Datenlage im Bereich der psychosozialen Gesundheit, besonders welche Indikatoren und Datengrundlagen für eine regelmäßige Auswertung im Sinne eines

„Frühwarnsystems“ geeignet sind. Das Ziel ist, ein geeignetes Indikatorenset zu erstellen, das einem regelmäßigen Monitoring unterzogen werden kann.

Hervorheben möchte ich noch, dass Flexibilität und rasches Reagieren auf veränderte Situationen in jedem Fall wichtig sind; nur so kann die psychische und mentale Gesundheit der österreichischen Bevölkerung auf einem bestmöglichen Niveau gehalten werden.



Dr. Gerald Bachinger ist Jurist und leitet die NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft unabhängig und weisungsfrei. Die Dienstleistungen erfolgen kostenlos.

Janssen Forum

Das Janssen Forum wurde 2012 gegründet, um gemeinsam mit Experten aus dem Gesundheitswesen Impulse zur stärkeren Zusammenarbeit rund um Patientenbedürfnisse jenseits der arzneimittelgestützten Therapien zu setzen. Dabei geht es um Themen wie Beziehung und Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegenden, Patienten und Angehörigen. Das Janssen Forum liefert mit Umfragen und Studien Grundlagen für die öffentliche Diskussion, in die es alle relevanten Stakeholder im Österreichischen Gesundheitssystem involvieren möchte.

Der Janssen Report versteht sich als Organ des Janssen Forums und befasst sich schwerpunktmäßig immer mit dem aktuell diskutierten Thema des Forums.

Bisherige Themen/Aktivitäten

2017

→ E-Health/Telemedizin

Welchen Stellenwert nehmen telemedizinische Lösungen aus Sicht der Ärzte, Patienten und Pflege ein?

2016

→ Gen Y als Herausforderung für das Gesundheitswesen

In der Sozialforschung wird die Altersgruppe der 16- bis 30-Jährigen als »Generation Y« bezeichnet. Eine Umfrage unter der Patientenpopulation der »Generation Y« gab Einblicke in die Bedürfnisse dieser Patientenpopulation.

→ Kommunikation und Kooperation an der Schnittstelle

An Schnitt- oder Nahtstellen treffen unterschiedliche Logiken, Fachsprachen und Denkmuster aufeinander. Wie können die verschiedenen Gruppen und Hierarchien im Gesundheitswesen zum Wohle der Patienten besser kommunizieren? Was braucht es, um Kommunikation an den Nahtstellen zu verbessern? Was bringt eine gelungene Kommunikation den Patienten und anderen Stakeholdern im Gesundheitswesen? Diesen Fragen stellte sich das Janssen Forum 2016. Best Practices fasste das Janssen Forum im gleichnamigen Report zusammen.

→ Studie »Patient Pathways«

Eine Studie mit Ambulanzpatienten (AKH Wien) erhebt, wie die Qualität und die Verlässlichkeit verschiedener Informationsquellen zu Therapien und Therapeutika eingeschätzt werden und welche Faktoren motivierend oder demotivierend für Therapien wirken. Aus den Erkenntnissen sollen konkrete Ideen entwickelt werden, wie in Perioden von Zeit- und Kostendruck dem Informationsbedürfnis von Patienten entsprochen werden kann. Die Ergebnisse sollen 2018 vorliegen.

2015

→ Arzt sein heute

Eine Umfrage und Diskussionsgruppen mit österreichischen Ärzten untersuchten 2015 Herausforderungen und Bedürfnisse in der Arzt-Patienten-Beziehung. Die Erhebung stellte Fragen wie »Wie sehen Österreichs Ärzte selbst ihre Rolle?«, »Was ist Ihnen wichtig, um Ihre Patienten im aktuellen Umfeld bestmöglich betreuen zu können?« oder »Was wünschen Sie sich von Ihren Patienten?« Ergebnis: Einigkeit herrscht unter Österreichs Ärzten, dass eine gute Arzt-Patienten-Beziehung maßgeblich zum Heilerfolg beiträgt. Dies sehen die befragten Allgemeinmediziner fast ausnahmslos und neun von zehn Fachärzten so.

2014

→ Der Patient im Mittelpunkt

2014 veröffentlichte das Janssen Forum die Umfrage »Der Patient im Mittelpunkt«. In einer Erhebung hatte Integral-Markt- und Meinungsforschung dafür die Einstellung der Österreicher zur Gesundheit repräsentativ nach der Methode der Sinus-Milieus® untersucht und mit eigenen Forschungsergebnissen der vergangenen Jahre verknüpft. Die Sinus-Milieus® gruppieren Menschen nach Werten, Lebensweisen und Alltagswirklichkeiten über soziodemografische Merkmale hinaus. Die Erkenntnisse aus der Umfrage fasste das Janssen Forum im Report »Verstehen wir den Patienten?« zusammen.

2013

→ Der digitale Patient

Die Umfrage »Der digitale Patient« unter rund 900 Österreichern befasste sich mit der Rolle der digitalen Medien in Gesundheitsbelangen und deren Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Wie wirkt sich das »Google-Zeitalter« auf die Arzt-Patienten-Beziehung aus und was folgt aus den potenziellen Veränderungen? Was brauchen Patienten im Online-Zeitalter? Ärzte nützen das Internet im Patientengespräch wenig, zeigen sich aber aufgeschlossen, wenn sich Patienten im Web informieren. Die ärztliche Konsultation bleibt Top-Priorität bei Gesundheitsfragen, zeigte die Untersuchung.



Janssen-Cilag Pharma GmbH

Vorgartenstraße 206B

1020 Wien, Österreich

Telefon: +43 1 610 30 – 0

Fax: +43 1 616 12 41

www.janssen.com/austria